

ELENCO MEDICI E ODONTOIATRI DISPONIBILI PER ATTIVITA' PROFESSIONALI

COGNOME.....NOME.....

VIA.....CITTA'.....

TEL..... CELL.....

ANNO DI LAUREA.....

SPECIALISTA IN.....

ISCRITTO ALL'ALBO DEI MEDICI CHIRURGHI DELLA PROVINCIA DI:

..... N. ISCRIZIONE.....

ANNO ISCRIZIONE.....

ISCRITTO ALL'ALBO DEGLI ODONTOIATRI DELLA PROVINCIA DI:

.....N. ISCRIZIONE.....

ANNO ISCRIZIONE.....

Sostituzione di medicina generale e/o pediatri si _____ no _____

Guardia medica si _____ no _____

Altro: _____

Disponibilità oraria: _____

Conoscenza lingue straniere _____

Uso computer _____

Disponibilità territoriale:

CITTA' _____ PROVINCIA _____ NELLA ZONA DI _____

FUORI PROVINCIA _____ FUORI REGIONE _____

Consento l'utilizzo dei presenti dati per i fini informativi richiesti e ad eventuali fini statistici da parte dell'Ordine; essi potranno essere modificati e cancellati in qualsiasi momento dall'interessato (art.10 L.675/96).

Data _____ Firma _____

N.B. IL PRESENTE MODULO HA VALIDITA' PER 6 MESI, SALVO RINNOVO DA PARTE DELL'INTERESSATO.