



**ORDINE PROVINCIALE
DEI MEDICI CHIRURGHI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI BOLOGNA**



Al Presidente

dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bologna.

Via Zaccherini Alvisi n. 4, 40100 Bologna

**ADESIONE AL PROGRAMMA CULTURALE 2009 PER GLI ISCRITTI ALL'ALBO
DEGLI ODONTOIATRI DI BOLOGNA**

Il sottoscritto Dott./Dottorressa:.....

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri di:.....

Numero iscrizione:.....

RICHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AI SEGUENTI CORSI
(barrare la voce richiesta)

- 1. Il recupero dell'elemento gravemente compromesso**
- 2. La sagomatura del sistema dei canali radicolari**

Eventi Fad

- 1. Procedure e protocolli in Odontoiatria**
- 2. Prevenzione incendi per attività a basso rischio**

Per la segreteria:

Data di ricevimento:..... Ora di ricevimento:.....

Numero di ricevimento:.....