

MODULO ISCRIZIONE

Inviare al Fax n° 0961.883275



PROGETTO INTEGRATO di INTERATTIVITA' TRA LIVELLI SPECIALISTICI PEDIATRICI

Cognome _____ Nome _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

CF: _____

Residenza _____

Telefono _____

Email _____

Area specialistica: _____

Indirizzo lavorativo _____

Medico

Pediatria di libera scelta _____

Pediatria ospedaliera _____

Altro _____

Infermieri

Area specificare

Ostetrici

Autorizzazione all'uso dei dati personali

Firma

Data e luogo