

Spett.le  
Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri  
di Campobasso

## Modulo d'iscrizione

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

- Libero Professionista
- Dipendente
- Convenzionato
- Neo laureato/Privo di occupazione

chiede di partecipare al corso di formazione per Odontoiatri:

### **“Ortodonzia Bio-logica: l'Analisi Cranio-Facciale di Jean Delaire e il Dispositivo EDM®”**

**Verranno accolte le prime 50 richieste di iscrizioni pervenute!**

**PER INFORMAZIONI E PRENOTAZIONI:**

**Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri, Via Mazzini, 129 86100 Campobasso**  
tel. 0874/69177, fax 0874/618358 ; [www.ordinedeimedici.cb.it](http://www.ordinedeimedici.cb.it); [info@ordinedeimedici.cb.it](mailto:info@ordinedeimedici.cb.it)

**N.B. Contributo FONDO ECM (per l'espletamento delle nuove funzioni previste dalle recenti normative) € 10,00**

Con la presente autorizzo il trattamento dei miei dati personale ai sensi del D.lgs. 196/03 per finalità organizzative, informative e ministeriali-

Data, \_\_\_\_\_

FIRMA