SCHEDA DI ISCRIZIONE

Approccio multidisciplinare alla odontoiatria infantile

inviare via email **iscrizioni.go.ts@aiofvg.it**
o fax 0409772116

entro il **01/04/2016**

In qualità di:

- ☐ Odontoiatra
- ☐ Igienista Dentale
- ☐ Logopedista
- ☐ Assistente Studio Od.
- ☐ Studente CLMOPD
- ☐ Medico
- ☐ Fisioterapista
- ☐ Infermiere Professionale
- ☐ Strutturato Cl. Od. TS
- ☐ Studente CLID

Cognome* _____

Nome* _____

Nato a* _____ Prov* _____

il* _____

Cod. Fisc.* _____

Partita IVA * _____

Via* _____

_____ Cap* _____

Città* _____ Prov* _____

Telefono* _____

Cellulare* _____

E-mail* _____

Laurea* _____

Specialità* _____

Socio AIO [SI] [NO] Sede di _____

Barrare una casella (obbligatorio) fra: *

- ☐ libero professionista
- ☐ convenzionato
- ☐ dipendente

** dati obbligatori*

Autorizzo l'Associazione Italiana Odontoiatri al trattamento dei miei dati ai sensi della legge sulla privacy n. 196/03

Firma leggibile _____