_____

**Nome, Cognome**

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

**Codice Fiscale**

**Data di Nascita ___/____/____**

**Luogo di Nascita _____**

_____

**Indirizzo (residenza o lavoro)**

_____

**Cellulare**

_____

**Email**

**Inquadramento:**

o Libero professionista o Dipendente
o Convenzionato o Privo di occupazione

**Professione:**

☐ Medico Chirurgo

*Disciplina*:_____

*N. Iscrizione Albo/Ordine:*_____
*n.*_____*di*_____

**DA INVIARE A**

**Valeria Simula**
**formazione@cpgsrl.it**
**011.0620078**

**SCHEDA DI ISCRIZIONE - TRAUMATOLOGIA PEDAITRICA**