



Scheda di iscrizione alla Associazione Medici Progetto Smile

Dati Personali

Nome _____ Cognome _____
Data di nascita _____ Luogo _____
Indirizzo abitazione _____
Città _____ CAP _____ Provincia _____
Nazione _____ Tel ab: _____
Cell: _____ Fax: _____
Email: _____

Struttura lavorativa

Ospedale Università Studio libero professionista

Indirizzo _____
Città _____ CAP _____ Provincia _____
Nazione _____ Tel 1: _____
Tel 2: _____ Fax: _____
Email: _____

Qualifica:

Universitario Ospedaliero

Altro _____

Titolo di studio

Laurea: _____

Università: _____

Anno di Laurea: _____

Specializzazione: _____

Autocertifico i dati forniti

Autorizzo al trattamento dei dati personali

Data

Firma