



**ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI FERMO**

e-mail: segreteria@omceofermo.it

(Da inviare al proprio ordine dei medici di iscrizione)

IL SOTTOSCRITTO DOTT. NATO A (PROV.....)
IL, ISCRITTO ALL'ORDINE DEI MEDICI DI, CONVENZIONATO IN
MEDICINA GENERALE / PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA PRESSO L'AZIENDA SANITARIA TERRITORIALE DI
..... DISTRETTO DI DALLA DATA DI

CHIEDE

DI PARTECIPARE AL CORSO PER TUTORI DI MEDICINA GENERALE

CHE SI TERRA' IN PRESENZA AD ANCONA, PRESSO LA REGIONE MARCHE (PALAZZO LI MADOU) E/O ONLINE NEI
GIORNI **LUNEDI' 28 OTTOBRE, MARTEDI' 12 NOVEMBRE, MARTEDI' 26 NOVEMBRE E MARTEDI' 3 DICEMBRE 2024**

DALLE ORE 11.00 ALLE ORE 15.00

A TALE SCOPO SEGNA I SUOI RECAPITI TELEFONICI (N. CELLULARE)

E-MAIL

Autorizza l'Ordine dei medici e la Regione Marche al trattamento dei suoi dati per le finalità del corso dei tutori.

DATA

FIRMA

.....