



CIMOP SEZIONE REGIONE CAMPANIA
CONFEDERAZIONE ITALIANA MEDICI OSPEDALITA PRIVATA

**Partecipazione all'ASSEMBLEA ORDINARIA
degli Associati della Sezione Regionale Campania
Napoli 18 maggio 2016**

Lo scrivente comunica la propria partecipazione all'Assemblea Regionale degli Associati della Sezione Campania che si terrà il 18 Maggio 2016 alle ore 12,40 presso l'Ordine Medici Chirurghi ed Odontoiatri di Napoli e Provincia in Napoli 80122 alla via Riviera di Chiaia, 9/C Tel 081660517+081660544; Fax 0817614387,

Cognome: _____ Nome: _____

Data di nascita: __/__/____ Luogo di nascita: _____ Provincia: _____

Codice Fiscale: []

Specializzazione in: _____

N. di Iscrizione Ordine _____ della provincia di _____

Indirizzo (domicilio) _____

CAP: _____ Città: _____ Provincia: _____

Telefono: _____ Cellulare: _____

e-mail (obbligatoria in stampatello leggibile): _____

in servizio presso: _____

nel comune di _____ provincia _____

con qualifica di: _____

DIPENDENTE [] a tempo pieno [] a tempo definito [] part-time a ore _____.

CONVENZIONATO _____

LIBERO PROFESSIONISTA _____

Luogo _____ Data ____/____/____

In fede, _____
Firma leggibile