



ISTITUTO
SANTA CHIARA

PROVIDER COD. IDENTIFICATIVO 936

SCHEDA DI REGISTRAZIONE E.C.M.

DATA: 15 aprile 2023- Lecce

“CHIRURGIA PLASTICA : OPINIONI A CONFRONTO”

SI PREGA DI SCRIVERE IN STAMPATELLO CON SCRITTURA LEGGIBILE

NOME E COGNOME _____

C.F.

PROFESSIONE:

Selezionare la professione

CHIRURGO GENERALE
CHIRURGO PLASTICO
DERMATOLOGO
OTORINOLARINGOIATRA
CHIRURGIA MAXILLO-FACCIALE

Iscritto all'ordine / collegio / ASS. prof.li di _____ n. □□□□

CREDITI SPONSORIZZATI SI NO

Se si indicare il nome dell'azienda che vi sponsorizza i crediti

ISTITUTO/OSPEDALE DI APPARTENENZA _____

RESIDENTE A _____ (_____)

VIA _____ N. _____ CAP _____ PR _____

LUOGO E DATA DI NASCITA _____



ISTITUTO
SANTA CHIARA

PROVIDER COD. IDENTIFICATIVO 936

TEL./ _____

E-MAIL (necessario per l'invio dell'attestato)
