

Dati identificativi dottore



AI FONDO DI SOLIDARIETÀ

Corso Garibaldi 387

80142 - Napoli

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il ____/____/____

residente in _____ alla via _____

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____@_____

in possesso di:

(elencare titoli)

CHIEDE

Di essere iscritta nell'elenco dei medici convenzionati con codesto fondo – Specializzazione

Si allega (allegare curriculum professionale, di studio)

Napoli, li ____/____/____

In fede
