



ORDINE PROVINCIALE  
DEI MEDICI CHIRURGHI  
E DEGLI ODONTOIATRI  
DI COMO

## A SCUOLA SENZA PAURA

### FOBIA SCOLARE: QUALI SIGNIFICATI E QUALI RISPOSTE

#### SCHEDA DI ISCRIZIONE

NOME

COGNOME

LUOGO DI NASCITA

DATA DI NASCITA

PROFESSIONE:

MEDICO CHIRURGO

ODONTOIATRA

DISCIPLINA MEDICA

CODICE FISCALE

RESIDENTE A

PROV.

CAP.

VIA

TELEFONO

FAX

E-MAIL

POSIZIONE LAVORATIVA:

DIPENDENTE

LIBERO PROFESSIONISTA

CONVENZIONATO

Firma \_\_\_\_\_

La segreteria scientifica, in conformità al D. Lgs. 196/03, La informa che i dati rilasciati sono coperti da riservatezza e finalizzati esclusivamente all'invio di informazioni congressuali.

SI PREGA DI INVIARE LA PRESENTE SCHEDA:

via e-mail all'indirizzo: [segreteria@omceoco.it](mailto:segreteria@omceoco.it) - oppure via fax al n° 031/572466  
entro il giorno 8 Maggio 2018