



CMR SpA

## Centro Medico Erre

Riabilitazione Ospedaliera, Ambulatoriale e Domiciliare, Residenza Sanitaria  
Assistenziale, Poliambulatorio.

Sant'Agata de' Goti (BN), Via Pennino - Trav. Mustilli - Tel.0823-954111/101

[www.centroerre.it](http://www.centroerre.it); Facebook: CMR spa

## SEMINARIO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

# LA RIABILITAZIONE DELL'INCONTINENZA URINARIA E DELLE MALATTIE CARDIOVASCOLARI

### SCHEDA DI ISCRIZIONE

da inviare a mezza email all'indirizzo [ecm@zahirsrl.it](mailto:ecm@zahirsrl.it) oppure al fax 0813606219

## DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DELL'ATTO DI NOTORIETA'

(art. 47 d.p.r. 44 del 28.12.2000 g.u. n. 20 DEL 20 FEB. 2001)

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ e residente a \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_

Con codice fiscale \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ e cellulare \_\_\_\_\_

e mail \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni previste dalla legge per dichiarazioni false

### DICHIARA

di essere in possesso del titolo professionale di:

\_\_\_\_\_ conseguito il \_\_\_\_\_ (\*) presso l'istituto

o università \_\_\_\_\_

di essere inoltre in possesso della specializzazione in \_\_\_\_\_

da compilare solo in caso di una eventuale specializzazione per i laureati in medicina e chirurgia

Rapporto di lavoro

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Libero Professionista | <input type="checkbox"/> Dipendente           |
| <input type="checkbox"/> Convenzionato         | <input type="checkbox"/> Privo di occupazione |

In fede

(\*) indicare almeno l'anno di conseguimento del titolo