



SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI
SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN ORTOGNATODONZIA
Direttore: Prof. Letizia Perillo



DOMANDA DI PRESCRIZIONE

Master di Ortognatodonzia di II livello 2016-17 Basic Orthodontics Direttore: Prof. Letizia Perillo

Il presente modulo è valido per la prescrizione al Master di Ortognatodonzia di II livello: Basic Orthodontics. Si ricorda che saranno accettate le iscrizioni in ordine cronologico di arrivo fino al completamento dei posti.

Cognome e Nome:

Titolo di studio: Luogo di nascita:.....

Nazionalità:

Indirizzo Città

Provincia CAP: e-mail.....

Cell..... Fax.....Tel.....

Dichiaro sotto la mia responsabilità che quanto sopra riportato corrisponde al vero. Acconsento (D.L.196/2003) al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano con particolare riferimento ai seguenti articoli: 4, 13, 21, 23, 24, 27, 37, 43, 44, 45 e 137.

Mi impegno, altresì, a fornire tutti i documenti richiesti per l'iscrizione al Master.

Firma..... Data

Si prega di inviare o consegnare il prima possibile ai Coordinatori:

- Dott.ssa Annalisa Longobardi - annalisalongobardi@hotmail.it - 3338410578
- Dott.ssa Angela Monsurrò - angmons@libero.it - 3287025099



NB: Si prega di scrivere in stampatello