

**Egr. Sig.
Presidente
Commissione Albo Odontoiatri
Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di Trento**

Data.....

Il/La Sottoscritto/a

NomeCognome.....

Nato a.....Prov. (.....) il.....

Iscritto all'Albo degli Odontoiatri della Provincia di Trento al n.....

Residente a..... via.....n.....

Studio sito a..... via.....n.....

Tel.....Fax.....E-mail.....

C.F.....P.I.....

chiede l'iscrizione al Corso

**"LA RADIOESPOSIZIONE DELL'UTENTE E DELL'OPERATORE PER IL PERSONALE
RADIOESPOSITORE SECONDO IL DECRETO LEGISLATIVO 187/2000"**

Trento Sala della Cooperazione via Segantini 10

scegliere una delle due date e barrando l'opzione scelta:

giovedì **25** marzo dalle ore 20.00 alle 22.00

giovedì **08** aprile dalle ore 20.00 alle 22.00

scegliere una delle due date e barrando l'opzione scelta:

sabato **10** aprile dalle ore 8.00 alle 13.00

sabato **17** aprile dalle ore 8.00 alle 13.00

Firma
