



MODULO DI ISCRIZIONE

al

“Corso di Specializzazione Buco Maxillo-Facial”



JDENTALCARE
just smile

Il/la sottoscritto/a _____
COGNOME NOME

nato/a _____ (____) il ____/____/____ con Codice

Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____ (____) in via _____

Numero Civico _____ CAP _____ , domiciliato in _____
INDICARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

(____) in via _____ Numero Civico _____ CAP _____
INDICARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA INDICARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

Indirizzo e-mail _____@_____._____

Numero di Telefono _____ Cellulare _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL SEGUENTE CORSO

“Corso di specializzazione Buco Maxillo-Facial”

Il corso di specializzazione buco maxillo facial ha durata triennale ed ha l'obiettivo di formare chirurghi a 360 gradi fornendo tutte le competenze necessarie al fine di poter operare in maniera efficace ed in sicurezza. La conoscenza teorica si accompagnerà ad una predominante parte pratica dove ogni corsista opererà come primo operatore acquisendo competenze nell'ambito della chirurgia orale e dell'implantologia basica ed avanzata, chirurgia ortognatica e traumatologia.

LE LEZIONI TEORICHE, TENUTE DAL DOTT. ENRICO ANDREOLI E DAL DOTT. GIUSEPPE COSCIA, VERRANNO SVOLTE IN ITALIA (A BREVE VERRANNO COMUNICATE DATE E SEDE)

IL TIROCINIO PRATICO PREVEDE UN PERIODO DI 15 GIORNI NEL MESE DI DICEMBRE E 15 GIORNI NEL MESE DI GIUGNO E SI SVOLGERÀ PRESSO L'UNIVERSITÀ FACOPH A SAN PAOLO, BRASILE.

E DICHIARA INOLTRE

Sotto sua personale responsabilità ed a piena conoscenza della responsabilità penale prevista per le dichiarazioni false dall'art.76 del D.P.R. 445/2000 e dalle disposizioni del Codice Penale e dalle leggi speciali in materia

Di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici con il seguente numero _____

e di appartenere al seguente Ordine _____

Di impegnarsi a versare annualmente, per tre anni, l'importo totale di €8.000 + IVA 22%. Tale

importo può essere anche dilazionato in 3 rate (le cui scadenze verranno a breve rese note ai

partecipanti) al seguente IBAN IT25B0873874190000000046182 (Banca di Appoggio: BCC del

Garigliano) intestato a Formazione e Studi Valdichiana s.r.l. con causale "*cognome e nome, Corso di*

Specializzazione Buco Maxillo Facial, numero rata".

Nel caso di rateizzazione, la prima rata di immatricolazione senza la quale l'iscrizione non si intende

finalizzata è di €3.000,00 + IVA 22%.

Per finalizzare l'iscrizione è necessario allegare al seguente modulo un documento di identità in corso di validità, la propria tessera sanitaria e la ricevuta del bonifico della prima rata di e inviare tutto al seguente indirizzo email: studivaldichiana@libero.it

DATA E LUOGO

FIRMA LEGGIBILE
