

# SCHEDA DI PRESCRIZIONE

(Compilare ed inviare tramite mail/fax a: [associazionesolaris@virgilio.it](mailto:associazionesolaris@virgilio.it) 091/8216474)

COGNOME..... NOME.....

NATO A..... PROV..... STATO.....

IL...../...../..... CODICE FISCALE.....

PARTITA IVA.....

RESIDENTE IN..... CITTA'.....

PROV..... CAP..... TEL./FAX..... CELL.....

E-MAIL.....

- LIBERO PROFESSIONISTA
- DIPENDENTE
- CONVENZIONATO
- PRIVO DI OCCUPAZIONE

(se occupato): ENTE/STUDIO.....

INDIRIZZO ENTE/ STUDIO.....

QUALIFICA.....

PERCORSO ECM SCELTO:

.....

.....

La presente va compilata in ogni sua parte e inviata, unitamente alla ricevuta di versamento, a: [associazionesolaris@virgilio.it](mailto:associazionesolaris@virgilio.it) o al numero di fax: 091/8216474  
IBAN: IT43L0303243410010000004850