

CENSIMENTO DELLE DISPONIBILITA'  
PARTECIPAZIONE INIZIATIVE DI AGGIORNAMENTO  
IN MATERIA DI **RADIOPROTEZIONE**

Il/La Sottoscritto/A Dott./ssa.....

Nato/a.il..... a .....

Iscritto/a all'Albo dei Medici Chirurghi / all'Albo degli Odontoiatri di codesto Ordine,

Specialista in .....

- Libero professionista
- Dipendente.....
- Convenzionato.....

dà la propria disponibilità ad eventuali iniziative di aggiornamento in materia di Radioprotezione che l'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della provincia di Padova vorrà attivare.

Data .....

Firma .....