

MODULO DI ADESIONE VOLONTARIA ALLA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTICOVID

**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI
E DEGLI ODONTOIATRI
DI FROSINONE**

CODICE FISCALE* *Inserisci Codice Fiscale – Attenzione verificare i dati inseriti*

NUMERO DI ISCRIZIONE*

NOME*

COGNOME*

DATA DI NASCITA*

LUOGO DI NASCITA*

PROV.*

COMUNE DI RESIDENZA*

ASL DI RESIDENZA*

CELLULARE *

INDIRIZZO POSTA ELETTRONICA*

AMBITO LAVORATIVO*

SEDE SVOLGIMENTO ATTIVITÀ LAVORATIVA*

ASL DI COMPETENZA*

**Campo Obbligatorio*