

Il/la sottoscritto/a Dr./Dott.ssa.....,

Titolare dello studio Odontoiatrico sito a.....(FR),

in Via.....n°.....,

iscritto/a nell'Albo degli Odontoiatri dell'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Frosinone, N° iscrizione....., intende aderire all'iniziativa di impegno nel sociale, organizzata dall'Ordine dei Medici di Frosinone - Commissione Albo degli Odontoiatri, dedicando mezza giornata al mese a cure completamente gratuite a pazienti particolarmente bisognosi, residenti in case famiglia o iscritti presso centri Caritas della Provincia di Frosinone.

Indirizzo dello studio_____

telefono studio.....

Indirizzo e mail.....

Giorno della settimana dedicato all'iniziativa e orario:

.....

.....
(Esempio: 3° mercoledì del mese, pomeriggio, dalle ore 15,00 alle ore 19,00)

Luogo e data.....

firma

Spedire o faxare, al N. 0775/853163, il presente modulo, **firmato**, all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri di Frosinone, **entro e non oltre il 15 Febbraio 2013**.