



MODULO ISCRIZIONE CORSI AGGIORNAMENTO PER ASSISTENTI STUDIO  
ODONTOIATRICO DEL 9/11 E 14/12/2019

I/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ Residente in via \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Cap. \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_ Codice fiscale \_\_\_\_\_

assunta/o presso lo studio del

Dott./Dott.ssa \_\_\_\_\_

Socio ANDI     Non socio ANDI

DICHIARA

di essere assunto/a come ASO (assistente studio odontoiatrico) ai sensi del DPCM del del 9 febbraio 2018 pubblicato in G.U. n. 80 del 6 aprile 2018, entrato in vigore il 21.04.2018.

Data

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_

(allegare copia documento di riconoscimento in corso di validità)