

SCHEDA DATI PER ATTIVAZIONE **CONVEZIONE** PER LO SVOLGIMENTO DI
TIROCINIO CORSO ASSISTENTE STUDIO ODONTOIATRICO
Segreteriacltn@apss.tn.it oppure via FAX 0461/903361

Studio Odontoiatrico _____

Ragione Sociale _____

CF/partita IVA _____

Indirizzo Via _____ Cap _____

Comune _____ Telefono _____

Mail _____ @ _____

Rappresentante Legale _____

Nato a _____ Il _____

CF _____

Residenza _____

Breve descrizione delle principali attività dello studio

Composizione del team (N. Odontoiatri, Ass. Poltrona o ASO, Igienista dentale,..)

Firma _____

