



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI E ODONTOIATRI DELLA  
PROVINCIA DI CUNEO**

12100 CUNEO - Via Mameli, 4 bis - Tel.0171692195 -  
sito: [www.omceo.cuneo.it](http://www.omceo.cuneo.it) e.mail: [segreteria@omceo.cuneo.it](mailto:segreteria@omceo.cuneo.it) Pec: [segreteria.cn@pec.omceo.it](mailto:segreteria.cn@pec.omceo.it)

MODULO DI IMPEGNO

Cuneo, \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/ dr./dr.ssa \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

iscritto/a al *Corso Pediatric BLS D SIMEUP accreditato* data \_\_\_\_\_

con la sottoscrizione del presente *Modulo di impegno* dichiara di accettare le condizioni relative all'eventuale mancata partecipazione specificate nell'avviso del Corso e qui sotto riportate:

**al momento dell'iscrizione il Collega si impegna, nel caso non si presenti al corso, a reintegrare all'Ordine la quota di competenza (100,00 €) od a trovare un Collega che subentri al suo posto al corso.** L'impegno è formalizzato mediante sottoscrizione del relativo Modulo. **Costituisce eccezione all'obbligo del rimborso l'impedimento da causa grave imprevisto ed intervenuto in tutta prossimità della data del corso.**

In fede

Firma

\_\_\_\_\_

Modalità di restituzione del presente modulo:

- a mano
- firmato e scansionato mediante e-mail ordinaria
- con firma digitale
- con posta certificata