

Compila il "form" qui sotto e inoltra la tua proposta.

I campi contrassegnati dal colore rosso sono obbligatori:

Nome:

Cognome:

Indirizzo:

Anno e luogo di specializzazione in Pediatria:

Qualifica professionale:

Indicazione dell'istituto o ASL di appartenenza:

**Indicazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri di appartenenza e
numero di iscrizione:**

Località a cui assegnare la Bandiera verde:

Luogo e data di rilascio

Timbro e firma del pediatra

Inviare il documento a bandieraverde@italofarnetani.it

I dati forniti saranno utilizzati esclusivamente per l'uso richiesto dall'utente, e, secondo le leggi in vigore, non saranno ceduti a terzi. Dichiaro inoltre di aver preso visione delle informazioni che seguono: i responsabili del sito dichiarano che, in conformità con l'art. 10 Legge 675/96, i dati vengono raccolti al fine di fornire le informazioni richieste; l'utente gode dei diritti di cui all'art. 13 Legge 675/96.