



**ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E ODONTOIATRI DELLA
PROVINCIA DI CUNEO** Presidente dr. Sebastiano Cavalli

12100 CUNEO - Via Mameli, 4 bis - Tel.0171692195

sito: www.omceo.cuneo.it e.mail: segreteria@omceo.cuneo.it Pec: segreteria.cn@pec.omceo.it

MODULO DI IMPEGNO

Cuneo, _____

Il/La sottoscritto/ dr./dr.ssa _____

C.F. _____ e-mail: _____ cell. _____

iscritto/a al *Corso BLS-D IRC accreditato* in programma il _____

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 (90,00 €) 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