Cognome _____ **Nome** _____

Ente/Azienda/Ospedale _____

Professione _____

Specializzazione (se presente) _____
☐ Senza specializzazione

Anno di Laurea _____

N. Iscrizione Ordine Professionale _____

Posizione lavorativa attuale
☐ Libero Professionista
☐ Dipendente
☐ Convenzionato
☐ Privo di Occupazione
☐ Altro: _____

Esperienza in Ossigeno-Ozono Terapia

☐ Nessuna esperienza
☐ Ho frequentato corsi teorici
☐ Pratica clinica occasionale. Se sì, da quanti anni? _____
☐ Attività continuativa con integrazione nella pratica professionale. Se sì, da quanti anni? _____
☐ Altro: _____

Come è venuto/a a conoscenza del Master?

Obiettivo principale per cui desidera partecipare al Master

Luogo e Data _____ Firma _____