**ALLEGATO B**

**CURRICULUM PROFESSIONISTA**

DOTT. .....................................................................................................................................................

nato/a a...............................................................................................il ...............................................

codice fiscale/P.IVA.............................................................................................................................

residente in .....................................................via................................................................................

con studio in............................................................via........................................................................

tel..........................................................fax...........................................................................................

e-mail....................................................................................................................................................

PEC.......................................................................................................................................................

**Titolo di studio**: laurea in …............................................. conseguita presso ............................................................................................. anno …........................................

**Iscrizione Albo dei MEDICI :** di........................................................dal.................................................

n. iscrizione ….................................................................

**Attività professionale:**

….................................... …..........................................................

(data) (sottoscrizione)