



## Società Italiana di Chirurgia

### DOMANDA D'ISCRIZIONE

Si prega di scrivere  
a stampatello o a macchina

Il Dott. \_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Abitante in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

Tessera Ordine dei Medici n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Laureato in Medicina e Chirurgia il \_\_\_\_\_

Nell'Università di \_\_\_\_\_

Diploma di Specializzazione in \_\_\_\_\_

Conseguito il \_\_\_\_\_ presso l'Università di \_\_\_\_\_

Attività chirurgiche (indicare in ordine cronologico i posti ricoperti presso Cliniche ed Ospedali):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Indirizzo Email: \_\_\_\_\_

Posto attualmente ricoperto \_\_\_\_\_

Altre Associazioni Scientifiche cui è iscritto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### SOCI PRESENTATORI:

1) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il sottoscritto (scrivere in stampatello) \_\_\_\_\_  
autorizza la Società Italiana di Chirurgia al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03.

Data

Firma