



Società Italiana di Chirurgia

DOMANDA D'ISCRIZIONE SOCIO JUNIOR

Si prega di scrivere
in 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 _____

Email: _____ PEC: _____

Altre Associazioni Scientifiche cui è iscritto

Iscritto al _____ Anno di Specializzazione in Chirurgia presso l'Università di _____

A Generale *

B (specificare se altra specializzazione di area chirurgica) ** _____

* VISTO del Direttore della Scuola di Specializzazione **(A)**

** SOCI PRESENTATORI **(B)**:

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