

SI PREGA DI COMPILARE IN  
 MODO CHIARO E LEGGIBILE

**DOMANDA DI AMMISSIONE ANNO \_\_\_\_\_**
**INVIARE IN ORIGINALE**
**Il/La sottoscritto/a**

nato a	prov.	il
residente in: via		n.
città	prov.	CAP
telefono	cell.	
fax	<b>e-mail</b>	
Diploma o laurea in:		
conseguito il	presso	
Ev. specializzazione:	nell'anno	
Iscrizione all'ordine	della provincia di	
Numero iscrizione	anno di iscrizione	
Invio corrispondenza presso:	<input type="checkbox"/> indirizzo privato	<input type="checkbox"/> sede lavoro (indicare):
Istituto / Ospedale / Altro		
Cattedra / Servizio / Divisione / Altro		
Via		n.
città	prov.	CAP
telefono	cell.	
fax	<b>e-mail</b>	
sito web (facoltativo)		

**chiede** l'ammissione a Socio Ordinario per l'anno \_\_\_\_\_. A tal fine, il/la sottoscritto/a dichiara di aver letto attentamente lo statuto e di accettarne e dividerne gli scopi.

Il/la sottoscritto/a si impegna inoltre a versare la quota associativa di € 10,00 (dieci) mediante bonifico bancario alle coordinate IBAN: IT33J 08178 35227 000010099830, entro dieci giorni dal ricevimento della mail di conferma di accoglimento della domanda.

Allegati:

- Curriculum scientifico
- Eventuali pubblicazioni negli ultimi tre anni (titolo - rivista - Editore - anno - autori)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LUOGO DATA FIRMA

**Legge sulla privacy:** Il sottoscritto autorizza SIBE al trattamento dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. N° 196 del 30/06/04.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
 LUOGO DATA FIRMA

**RISERVATO A S.I.B.E. - ESITO DELLA DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO**

NON ACCOLTA  ACCOLTA DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_