

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	e-mail	
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	e-mail	
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 _____