

**AL PRESIDENTE DELLA SOCIETA' ITALIANA DI OTORINOLARINGOLOGIA  
E CHIRURGIA CERVICO FACCIALE - S.I.O. Ch.C.F.  
VIA LUIGI PIGORINI 6 - 00162 ROMA TEL 06/44291164 - FAX 06/44235157  
E-Mail: [sioechcf@sioechcf.it](mailto:sioechcf@sioechcf.it)**

Il sottoscritto.....  
nato a.....il.....  
residente in via.....  
(città).....(prov.).....(c.a.p.).....  
telefono n.....  
laureato in medicina e chirurgia il.....presso l'Università di.....  
rivolge domanda di iscrizione alla S.I.O. Ch.C.F. e dichiara di esercitare l'opzione per

**AOOI ( )**  
Associazione O.R.L.  
Ospedalieri Italiani

**AUORL ( )**  
Associazione Universitari  
O.R.L.

(data)..... (firma del richiedente).....

Università di.....

Facoltà di.....

Corso di laurea in.....

Cattedra di.....

Qualifica.....

\*\*\*\*\*

Specialista in .....il.....presso l'Università'

di.....

**1° SOCIO PRESENTATORE**

**2° SOCIO PRESENTATORE**

.....

\*\*\*\*\*

Specializzando in.....presso l'Università'

di .....anno di corso.....per l'a.a. ....

**Firma del Direttore dell'Istituto di afferenza** .....