



Società Italiana
di Otorinolaringologia
e Chirurgia Cervico Facciale

MEMBRO IFOS (Federazione Internazionale Società Otorinolaringoiatriche)
MEMBRO FISM (Federazione Italiana Società Mediche)
MEMBRO CIC (Collegio Italiano Chirurghi)

www.sioechcf.it

Al Presidente S.I.O. e Ch. C.F.

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____

Abitante in _____ via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ C.F. _____

Laureato in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università di _____

Diploma di Specializzazione in _____

Conseguito il _____ presso l'Università di _____

Tessera Ordine dei Medici n. _____

Rivolge domanda di iscrizione alla S.I.O. e Ch.C.F. e dichiara di esercitare l'opzione per:

AOOI Associazione O.R.L. Ospedalieri Italiani

AUORL Associazione Universitari O.R.L.

L.P. Gruppo Autonomo Liberi Professionisti

Altro _____

Data _____, li _____ Firma _____

SOCI PRESENTATORI:

1) _____ Firma _____

2) _____ Firma _____

Indirizzi E-mail _____

Telefono _____

Attività svolte (indicare in ordine cronologico i posti ricoperti presso Cliniche ed Ospedali) _____

Posto attualmente ricoperto _____

Il sottoscritto (scrivere in stampatello) _____

autorizza la Società di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico Facciale al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03.

Data _____, li _____ Firma _____

SIOeChCF Società Italiana di Otorinolaringologia e Chirurgia Cervico-Facciale

Via L. Pigorini, 6 - 00162 ROMA - Tel. 06.44.29.11.64 - Fax 06.44.23.51.57 Recapito Postale: CP 7065 00100 ROMA Nomentano
Codice Fiscale 96216490589 - Sito web: www.sioechcf.it - E-mail: sioechcf@sioechcf.it