



## DOMANDA DI ISCRIZIONE

**Indirizzo Tecnico-Professionale**

**Indirizzo Manageriale**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_ C.Fiscale \_\_\_\_\_

Istituto o Ospedale di appartenenza \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Indirizzo Ist./Osp. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Tel.Ist./Osp. \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Indirizzo Priv. \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

### DATI FISCALI (di chi provvederà al pagamento della quota di iscrizione)

Intestazione \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

C. Fiscale e/o P. IVA \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di

- essere laureato in .....
- essere in possesso della specializzazione in.....
- essere provvisto di polizza assicurativa      **SI**      **NO**
- essere socio A.C.O.I      **SI**      **NO**

Si richiede di allegare alla domanda un curriculum vitae aggiornato

La domanda di iscrizione dovrà essere inviata alla Segreteria Scientifica via mail ([m.francucci@aospaterni.it](mailto:m.francucci@aospaterni.it)) entro il 30 - 06 - 2017

Il versamento della quota di iscrizione dovrà essere effettuato dopo la comunicazione di accettazione da parte della Segreteria Organizzativa, che provvederà ad inviare agli iscritti i dettagli relativi alle modalità di pagamento

Autorizzando al trattamento ai dati personali secondo quanto previsto dalla d.l.g 196/2003

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_