



SOCIETA' ITALIANA DI GINECOLOGIA ED OSTETRICIA

VIA DEI SOLDATI, 25 - 00186 ROMA

TEL. 06/6875119

FAX: 06/6868142

SCHEDA DI AMMISSIONE A SOCIO STRAORDINARIO

Al Sig. Presidente della Società Italiana di Ginecologia ed Ostetricia
ROMA

Il/La sottoscritto/a Dr./Dr.ssa [redacted]
nato a: [redacted] il: [redacted]
Indirizzo abitazione: via/piazza [redacted] n.: [redacted]
cap: [redacted] città: [redacted] Prov: [redacted]
Indirizzo lavoro: [redacted]
via/piazza: [redacted] n.: [redacted]
cap: [redacted] città: [redacted] Prov: [redacted]

Recapiti:

Tel. Ab: [redacted] Fax Ab: [redacted]
Tel. St: [redacted] Fax St: [redacted]
Tel. Osp/Univ: [redacted] Fax Osp/Univ: [redacted]
Cell1: [redacted] Cell2: [redacted]
Email1: [redacted] Email2: [redacted]

Preso cognizione dello Statuto e Regolamento della Società Italiana di Ostetricia e Ginecologia, domanda di essere nominato Socio straordinario della Società stessa.

DATA [redacted]

FIRMA

E' obbligatoria la firma di n°2 soci presentatori.

SOCI PRESENTATORI:

Nome e Cognome (stampatello): [redacted]
qualifica: [redacted] Firma: [redacted]
Nome e Cognome (stampatello): [redacted]
qualifica: [redacted] Firma: [redacted]

QUALIFICA

1. Primario Ospedaliero
2. Aiuto Ospedaliero
3. Assistente Ospedaliero
4. Professore 1° Fascia
5. Professore 2° Fascia
6. Ricercatore
7. Borsista
8. Libero Professionista
9. Altro (Specificare.....)

TITOLO

1. Specializzando
2. Specialista
3. Libero Docente

Qualsiasi variazione dei dati dovrà essere comunicata tempestivamente alla Segreteria SIGO.

Il trattamento dei dati avverrà ai sensi del D.lgs N. 196/03 e del RE 679/2016.

L'informativa completa è disponibile su internet al link https://www.sigo.it/informativa_privacy_sigo.pdf.

Dichiaro di fornire il consenso all'informativa suddetta.

Data

Firma