SOCIETÀ ITALIANA
DI FORMAZIONE
PERMANENTE
PER LA MEDICINA
SPECIALISTICA

Al Presidente della SIFoP
Via V. Lamaro 13
00173 ROMA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

(scrivere in stampatello)

Il sottoscritto……..……

nato a ……..……(prov……) il……..……

codice Fiscale……/……/……/……/……/……/……/……/……/……/……/……/……/……/……/……/

residente in……..……..……(prov…..……..)

Via……..……..n……CAP……..……

Tel……..……cell……..……

e-mail……..……@…….....……..

Titolo di studio……..……

Professione……..……disciplina/specialità……..……

CHIEDE

di essere iscritto, quale Socio Ordinario alla Società Italiana di Formazione Permanente per la Medicina Specialistica (SIFoP) ed esprime il proprio consenso affinché i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto del D.L. n. 196/2003.
Il sottoscritto dichiara di conoscere lo Statuto ed il Regolamento della SIFoP e di impegnarsi a rispettarli.

Firma_____ Data_____