

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA

(*Restituire alla S.I.A.:* Via L. Bellotti Bon n. 10 - 00197 Roma tel 06 80691301 fax 06 80660226 - e-mail: sia@andrologiaitaliana.it)

Allegare alla domanda un breve curriculum vitae, fotocopia degli attestati di laurea e specializzazione se conseguita più fotocopie di attestati e titoli che si desidera presentare.

- Socio Ordinario** (specialista in Andrologia / Urologia / Endocrinologia o laureato in area biomedica con attestazione di aver svolto attività andrologica per 5 anni presso strutture qualificate in campo andrologico)
- Socio Aggregato** (cultore della materia andrologica)

Nome e Cognome _____

Struttura dove viene svolta l'attività professionale principale

Ospedale Università A.S.L. Studio Privato Altro

Via _____

Città _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Fax _____

Laurea in Medicina e Chirurgia

Luogo _____ Anno _____

- Ha svolto 5 anni di attività andrologica presso _____
dal _____ al _____

Specializzazioni

Specializzazione in _____

Università _____ Anno _____

Specializzazione in _____

Università _____ Anno _____

SOCI ORDINARI GARANTI

Nome _____ Firma _____

Nome _____ Firma _____

Data _____ Firma _____

Nome _____
Cognome _____
Data e luogo di nascita _____
Recapiti Telefonici _____ Cell. _____
Fax _____
E-mail _____
Indirizzo per recapito postale _____
Altri titoli _____

Indirizzo residenza:

Via _____
Città _____ C.A.P. _____

Indirizzo domicilio (se diverso dalla residenza):

Via _____
Città _____ C.A.P. _____

Attività professionale svolta nel:

A) PUBBLICO

Università _____
Ospedale _____
Casa di cura accreditata _____
ASL _____
Altro _____
Con la qualifica di _____

B) PRIVATO

Studio _____
Casa di cura privata _____
Poliambulatorio _____
Altro _____

