

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA
SOCIETÀ ITALIANA DI ANDROLOGIA
PO03A01 rev.4**

(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 (formato europeo), 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 specializzando in Urologia / Endocrinologia)

- Socio Straordinario** (Oltre ai medici di altre discipline, anche i laureati dei corsi di laurea magistrale in: Biologia, Biotecnologie mediche veterinarie e farmaceutiche, Farmacia e Farmacia industriale, Psicologia).

**dati obbligatori*

Nome e Cognome* _____

Data e luogo di nascita* _____

Cod. Fiscale* _____

Indirizzo per recapito postale*:

Via _____

Città _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Cell.* _____ Fax _____

E-mail* _____

E-mail PEC* se in possesso: _____

Se non ne sei in possesso la società provvederà a fornirtene una (.....@pec.andrologiaitaliana.it)

richiedila: SI NO

Laurea in Medicina e Chirurgia

Luogo _____ Anno _____

Specializzando in _____

Specializzazioni:

Specializzazione in _____

Università _____ Anno _____

Specializzazione in _____

Università _____ Anno _____

SOCI ORDINARI SIA GARANTI*

Nome _____ Firma _____

Nome _____ Firma _____

Indirizzo di residenza:

Via _____

Città _____ C.A.P. _____

Indirizzo di domicilio (se diverso dalla residenza):

Via _____

Città _____ C.A.P. _____

N. Iscrizione all'Ordine dei Medici*: _____

Altri titoli: (*master, corsi, etc..*)

Struttura dove viene svolta l'attività professionale principale

Ospedale Università A.S.L. Studio Privato Altro

Via _____

Città _____ C.A.P. _____

Telefono _____ Fax _____

Carica _____

Attività professionale svolta anche:

A) Pubblico

Università _____

Ospedale _____

Casa di cura accreditata _____

ASL _____

Altro _____

Con la qualifica di _____

B) Privato

Studio _____

Casa di cura privata _____

Poliambulatorio _____

Altro _____

