

Al Direttore Didattico

SCUOLA AVANZATA DI ECOGRAFIA ENDOCRINOLOGICA SIUMB

PRESSO LA UOSD DI DIAGNOSTICA ECOGRAFICA DEL P.O. CHIETI

DATI ANAGRAFICI :

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____

Indirizzo _____ CAP _____

Citta' _____ Prov. _____ Tel. _____

Cell. _____ E-mail _____

Data Laurea _____ Specializzazione _____

Specializzando _____

**ALLEGARE: Curriculum in formato Europeo aggiornato.
Copia documento di riconoscimento in corso di validità**

Partecipazione altri Corsi di Ecografia _____

Codice fiscale (obbligatorio)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

DI ESSERE ISCRITTO AL CORSO DI FORMAZIONE DI ECOGRAFIA ENDOCRINOLOGICA SIUMB (Società Italiana in Medicina e Biologia) presso la UOSD DI ECOGRAFIA INTERNISTICA DEL P.O. DI CHIETI

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati ai sensi della legge 675/96 e successivi DPR 318 e DL 196/03

Luogo _____ Data _____ Firma _____