



Società Italiana di Chirurgia Colo-Rettale

RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Al Presidente della SICCR

Il sottoscritto _____, avendo letto e accettato lo Statuto della SICCR e consapevole delle norme che regolano i rapporti del singolo associato con la Società, chiede di essere ammesso quale Socio Ordinario.

Dott./Prof. _____	Nato a _____
Prov. (____) il _____	Residente a _____ Prov. (____)
CAP _____	Via _____
Tel. _____	Fax _____ e mail _____
Cod. Fisc. _____	Anno di Laurea _____
Qualifica _____	Istituto _____
Ospedale _____	Tel. _____
Fax _____	e mail _____

Attività

Chirurgo	<input type="checkbox"/>	Urologo	<input type="checkbox"/>
Ginecologo	<input type="checkbox"/>	Radiologo	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologo	<input type="checkbox"/>	Altro (specificare)	<input type="checkbox"/> _____

Tempo della propria attività dedicato alla Chirurgia Coloretale _____%.

*** Allegare Breve Curriculum Vitae ed Elenco delle Pubblicazioni**

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali secondo le modalità previste dagli artt.13 e successivi del Regolamento Europeo Privacy 2016/679. Per qualsiasi informazione ulteriore in merito è possibile consultare la Policy della privacy sul sito www.siccr.org o contattando la Segreteria della SICCR

Data _____ Firma _____

Soci Garanti: Fondatori 1. nome e firma _____

2. nome e firma _____

Allegare i requisiti autocertificati come da Regolamento (www.siccr.org --> board --> fondamenti)

