



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 Urologo Ginecologo Radiologo Gastroenterologo Altro (specificare) _____
Tempo della propria attività dedicato alla Chirurgia Coloretale _____%.

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

Data _____ Firma _____

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali secondo le modalità previste dagli art.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 di Presidenza

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)

Il sottoscritto _____ dichiara inoltre di non versare in situazione di conflitto di interesse con le finalità dell'Associazione (art. 6 Statuto SICCR)

Data _____ Firma _____

