



S.I.O.P.
Società Italiana di Otorinolaringologia Pediatrica

Al Presidente S.I.O.P.

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ il _____

Abitante in _____ via _____ n. _____

CAP _____ tel. _____ C.F. _____

Laureato in Medicina e Chirurgia il _____ presso l'Università di _____

Diploma di Specializzazione in _____

Conseguito il _____ presso l'Università di _____

Tessera Ordine dei Medici n. _____

Rivolge domanda di iscrizione alla S.I.O.P.

Data _____, li _____ Firma _____

Il sottoscritto (scrivere in stampatello) _____

autorizza la Società Italiana di Otorinolaringologia Pediatrica al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03.

Data _____, li _____ Firma _____