



**ASSOCIAZIONE ITALIANA DI ECOGRAFIA IN MEDICINA E CHIRURGIA - @SIEMC**

Il/La sottoscritto/a Prof./Dott.

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Ente/azienda ospedaliera \_\_\_\_\_

Specialista in: \_\_\_\_\_

Frequentante il corso di formazione specialistica in: \_\_\_\_\_

Indirizzo di abitazione \_\_\_\_\_

N. \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_

Provincia \_\_\_\_\_

**Chiede**

di essere iscritto/a GRATUITAMENTE all' Associazione Italiana di Ecografia in Medicina e Chirurgia per l'anno \_\_\_\_\_  
in qualità di:

- Laureato/a in Medicina e Chirurgia
- Laureando/a in Medicina al 6° anno di corso ed in regola con gli esami
- Laureato/a in Scienze Infermieristiche

**Dichiara**

di essere in possesso dei requisiti minimi necessari all'iscrizione come socio.

*in fede*

\_\_\_\_\_ lì \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Inviare adesione e documento d'identità a: info@siemc.it