

La/Il Richiedente¹:

Nome:

COGNOME:

Nato/a il _____ (gg-mm-aaaa) a: _____ PV _____

Laureato in medicina e chirurgia c/o Università di: _____

Specializzato in: _____

Altre specializzazioni in: _____

N° Iscrizione Ordine dei Medici:.....

Codice Fiscale:

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

Partita IVA:

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

Presenta alla "Società Italiana Cardiologia Ospedalità Accreditata S.I.C.O.A." (in seguito anche SICOA o Associazione) Domanda di:

1ma Iscrizione **Rinnovo**

in qualità di:

- Socio Ordinario** (medico che opera in ambito cardiovascolare e con diritto di voto)
 Socio Aderente (medico che opera in ambito cardiovascolare, senza diritto di voto e senza oneri di versamento di eventuale quota associativa, tali soci non possono ricoprire nessuna carica sociale).

Richiedente informa di essere iscritta/o regolarmente c/o le seguenti Associazioni:

La/Il Richiedente, con la presente, dichiara di essere **residente** in:

P.zza/Via _____ CAP: _____

Comune: _____ Nazione: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Cellulare: _____

E-mail: _____

La/Il Richiedente, con la presente, dichiara di **prestare** la propria **attività professionale** in:
(indicare solo se diversa dalla precedente e quella principale in caso di più sedi)

- Ambulatorio Casa di cura Ospedale Studio privato/associato
 Altro

P.zza/Via _____ CAP: _____

Comune: _____ Nazione: _____

Tel.: _____ Fax: _____ Cellulare: _____

E-mail: _____

La/Il Richiedente, con la presente, identifica come recapito telefonico e della corrispondenza elettronica e ordinaria la sede di:

- residenza**
 attività professionale

La/Il Richiedente avrà cura e impegno comunicare tempestivamente all'Associazione eventuali informazioni.

scheda ISCRIZIONE A SOCIO SICOA.doc



La/Il Richiedente manifesta il proprio interesse per le seguenti aree di studio dell'Associazione:

- aritmologia ed elettrofisiologia
- arteriosclerosi
- cardiocirurgia
- cardiologia nucleare e risonanza magnetica
- cardiopatia ischemica
- emodinamica e cardiologia interventistica
- epidemiologia: prevenzione
- imaging* cardiovascolare
- insufficienza cardiaca
- ipertensione arteriosa
- malattie cardiovascolari nella donna
- riabilitazione
- valvulopatie
- altro

La/Il Richiedente, prima della presentazione della corrente Domanda a Socio SICOA, ha preso visione e accetta gli articoli e gli impegni contenuti:

- nello Statuto dell'Associazione in vigore e disponibile all'indirizzo www.sicoa.net
- nelle delibere degli Organi sociali dall'Associazione e disponibili all'indirizzo www.sicoa.net
- nelle Linee guida adottate dall'Associazione e disponibili all'indirizzo www.sicoa.net

e di perseguirli nella propria attività professionale e verso l'Associazione, conscia/o del valore che la qualifica di Socio dell'Associazione comporta.

In fede e per gli usi consentiti per legge,

Ho visionato Vs. Informativa su www.sicoa.net e do il consenso a SICOA per il trattamento dei miei dati personali in conformità del Regolamento (UE) 2016/679 e s.m.i. e s.m.i. .

Data:

Firma:

¹ Note di compilazione:

- La presente deve essere compilata in modo leggibile (minuscolo o stampatello) e in tutte le sue parti.
- I devono essere "croceati ()" secondo applicabilità.