



Domanda di iscrizione per **Membro Affiliato** alla
Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità

Da inviare a:

Presidente della Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità
c/o Segreteria Amministrativa FASI Srl
Via R. Venuti, 73 - 00162 Roma
Tel 06.97.60.56.10 - Fax 06.97.60.56.50 - E-mail segreteriasiams@fasiweb.com

Il Dott.....
nato a..... il..... residente in.....
via..... CAP..... tel/cell.....
e-mail
C.F.....
laureato in..... anno di laurea.....
specialista in.....
ist./osp. di appartenenza.....
città dell'Istituto.....
qualifica.....

chiede di essere iscritto come **MEMBRO AFFILIATO** alla Società Italiana di Andrologia e Medicina della Sessualità

A tale scopo allega:

- 1) Curriculum vitae;
- 2) Eventuale elenco delle migliori pubblicazioni degli ultimi 5 anni (massimo 5)

Si autorizza il trattamento dei dati personali ai fini dell'aggiornamento dell'anagrafica dei soci SIAMS (decreto legislativo del 30 giugno 2003, n. 196 - codice in materia di protezione dei dati personali)

Firma

Data,