### Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamenteDomanda di affiliazione

Da inviare a: Presidente della

**Società Italiana di Endocrinologia**

c/o Segreteria Amministrativa FASI srl

Via R. Venuti 73 - 00162 ROMA
Tel. 06 97605610 Fax 06 97605650

Il Prof/Dott....................................................................................................................

nato a ............................................................................ il ........................................

codice fiscale.............................................................

residente a ...................................

prov. …...................… in via ............... ....... ....................................…..........

cap...................tel. .......................................... cell. ..........................................

E-mail ............................................. @ .................................

Laureato in ................................................................................ Anno di Laurea .............

Specialista in.................................................................................................................

Istituto/Ospedale di

appartenenza ........................................................... ........... .......................................

Qualifica .......................................................................................................................

(Altre: specificare) .........................................................................................................

Indirizzo per la corrispondenza *(se diverso da quello di residenza)* ................................................

....................................................................................................................................

chiede di essere *affiliato* alla **Società Italiana di Endocrinologia.**

A tale scopo allega:
1) Curriculum vitae;
2) Dichiarazione di svolgere attività clinico-diagnostica o scientifica o altro, presso strutture assistenziali o enti o imprese o sul territorio, nel settore pubblico o privato, nell’ambito dell'Area Endocrino-Metabolica-Andrologica;

Data ................................................Firma ...................................................