



## DOMANDA DI ISCRIZIONE ANNO 2017 SCUOLA SPECIALE ACOI DI COLOPROCTOLOGIA

Pregasi compilare in stampatello ed inviare alla segreteria organizzativa Full Day Srl  
Email [r.menghi@fullday.com](mailto:r.menghi@fullday.com) (scansione) oppure via fax al numero 06 7010905

Tutti i dati sono obbligatori

<b>Cognome</b>	<b>Nome</b>
<b>Nata/o a</b>	<b>il</b>
<b>Residente in</b>	<b>Via</b>
<b>Tel</b>	<b>Cell.</b>
<b>Fax</b>	<b>E-mail</b>
<b>Cod Fiscale</b>	
<b>P. Iva (se applicabile)</b>	
<b>Iscritto all'Ordine dei Medici di _____ n° _____</b>	

La domanda è già stata presentata per la stessa scuola nell'anno \_\_\_\_\_ (se applicabile)

La/il sottoscritta/o dichiara di (apporre una crocetta se applicabile)

- essere laureato in medicina;
- essere in possesso della specializzazione prevista dal bando della scuola, pubblicato sul sito A.C.O.I. [www.acoi.it](http://www.acoi.it) (chirurgia generale, gastroenterologia, ostetricia e ginecologia, medicina generale);
- aver frequentato per un numero non inferiore a 5 anni il reparto di \_\_\_\_\_ dell'ospedale \_\_\_\_\_ con il ruolo di \_\_\_\_\_
- essere titolare di polizza assicurativa con copertura valida per sale operatorie diverse da quella della sede di lavoro abituale. (In caso contrario il discente dovrà provvedere) ACOI ha convenzione per i soci;
- essere socio A.C.O.I.

**allega curriculum studiorum aggiornato (v "Documenti") e casistica operatoria degli ultimi 3 anni con indicazione ruolo ricoperto in sala operatoria.**

Autorizzo il trattamento dei dati personali secondo quanto previsto dal D.Lgs. 196/2003

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**Anagrafica**

Cognome

Nome

Data di nascita

Città e CAP

Codice Fiscale

Residenza

Via

N°

Tel

Cell.

E mail

**Studi Effettuati**

Laurea in

Ateneo

Data

Specializzazione

Area

Data

Data

Data

Attività ospedaliera

Ospedale

Ruolo

Dal

Al

Ospedale

Ruolo

Dal

Al

Ospedale

Ruolo

Dal

Al

Pubblicazioni ultimi 5 anni

Anno

area

Titolo

riferimento

Corsi ECM(ultimi 10)

Anno

Ente

titolo

N°crediti



# Curriculum Studiorum

pag 2 di 2

--	--	--	--

## Congressi internazionali

Anno	ente	titolo	ruolo

## Socio SIC

SI

NO

## Aree di interesse

Area	Docenze svolte

**Si allega casistica operatoria degli ultimi tre anni con indicazione del ruolo in sala operatoria**

Autorizzo al trattamento dei dati personali ref D. Lgs 196/2003

Firma\_\_\_\_\_

All. Casistica operatoria