



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 (scansione) oppure via fax al numero 06 7010905

Tutti i dati sono obbligatori

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

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 (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 _____



Curriculum Studiorum

pag 1 di 2

INS
FOTO
TESSERA

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