

Allegato 1 =



Al Presidente dell'Associazione PROFESSIONE MEDICA e SANITA (compilare a stampatello grazie)

Il/la sottoscritto/a Dott/Prof./Sig.....nato a.....

il...../...../..... residente a.....CAP.....(prov.....) in via

tel.....cell..... fax.....

C.F. P.I.....

indirizzo email @.....

preso atto degli scopi dell'Associazione,

➤ **chiede** di essere ammesso/a a fare parte dell'associazione come socio/a. A tal fine **dichiara di**

essere in possesso della Laurea in.....conseguita

il.....presso l'Università degli Studi di

essersi specializzato in.....

il.....presso l'Università degli Studi di.....

essersi specializzato in.....

il.....presso l'Università degli Studi di.....

essersi Diplomato / in il.....

presso la

essere iscritto presso l'Ordine dei/degli Prov.....N°.....

svolgere allo stato attuale attività prevalente di..... presso

l'Osp/AUSL/Casa di Cura (prevalente)/Territorio a

(specificare) Città (Prov.).....

❖ si allega curricula professionale..... e

➤ **Letto ed accettato lo Statuto e il rispettivo Regolamento - dichiara l'autenticità dei dati su indicati.**

Luogodata Dott. (firma)