



ASSOCIAZIONE CAMPANA GIOVANI CHIRURGHI

Modulo per iscrizione

COGNOME _____ NOME _____

Luogo di nascita _____

Domicilio _____ № _____

CAP _____ CITTA' _____

Telefono ____/____/____ Cellulare ____/____/____

e-mail _____@_____ Fax _____

QUALIFICA ◇ Studente ◇ Medico Interno
 ◇ Specializzando ◇ Dirigente Medico o Ricercatore
 ◇ _____

UO/Area Funzionale/Divisione _____

Tel. ____/____/____ Fax _____

Università / AORN / Po ed ASL / INT / Struttura Accreditata o Privata:

● Settore di particolare interesse personale ¹

- Pronto Soccorso / Trauma / Urgenza
- Chirurgia Laparoscopica
- Colo-proctologia
- Senologia
- Day surgery
- Managment Sanitario
- _____
- _____

Data _____

Firma _____

(1) indicare una o due preferenze