



SOCIETA' ITALIANA DI ULTRASONOLOGIA IN MEDICINA E BIOLOGIA – SIUMB

SCUOLA DI FORMAZIONE DI BASE SIUMB CAGLIARI

Azienda Ospedaliera "G.Brotzu", piazzale A. Ricchi 1, Cagliari

DATI ANAGRAFICI :

Nome _____ Cognome _____

Nato/a _____ il _____

Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

Fax* _____ E-mail _____

Data Laurea _____ Specializzazione _____

Specializzando _____

Ente di appartenenza* _____

Curriculum in formato Europeo breve (allegare) o inviare al n° fax 070/539298

Partecipazione altri Corsi di Ecografia _____

Codice fiscale (obbligatorio)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

CHIEDE

di essere iscritto al corso di formazione di base SIUMB

Si autorizza il trattamento e la diffusione dei dati ai sensi della legge 675/96 e successivi DPR 318 e DL 196/03

Luogo _____ Data _____ Firma _____

*facoltativo