



**RICHIESTA DI ISCRIZIONE ALLA  
SOCIETA' ITALIANA DI MICROCIRCOLAZIONE  
SIM**

Cognome e Nome .....

Indirizzo .....

CAP..... Città .....

Tel. .... Fax .....

E-mail .....

Codice Fiscale.....

Note di Curriculum (senza documentazione)

Anno di Laurea ..... Università .....

Specializzazione (più anno del Diploma) .....

.....

Attività:

- Università.....
- Ospedale.....
- Ambulatorio.....
- Libero Professionista.....
- Altro.....

Eventuale qualifica istituzionale

- Professore Universitario .....
- Ricercatore Universitario .....
- Dirigente Medico Ospedaliero 2° livello .....
- Dirigente Medico Ospedaliero 1° livello .....
- Responsabile di struttura .....

Firma

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per scopi scientifici, invio materiale scientifico o altri scopi inerenti l'attività della SIM, ai sensi del Regolamento Europeo GDPR 679/2016 sulla privacy.

*Segreteria Organizzativa SIM:  
C/O GC congressi srl  
Via P. Borsieri, 12 – 00195 Roma  
Tel. 06-3729466 – fax 06-37352337  
sim.microcircolazione@gmail.com*