

## Richiesta di Iscrizione



Spett.le  
SISA - Società Italiana  
per lo Studio dell'Arteriosclerosi

### Il sottoscritto/La sottoscritta

**Cognome\*:**

**Nome\*:**

Luogo e data di nascita\*:

Codice fiscale\*:

**Domicilio\*:**

Via:

Comune:

Provincia:

CAP:

**Sede lavorativa\*:**

Ruolo\*:

Specializzazione in:

Indirizzo lavorativo: Via:

Comune:

Provincia:

CAP:

**Telefono\*:**

**Fax:**

**Email\*:**

\* dato obbligatorio

**chiede di essere iscritto/a alla Società Italiana per lo Studio dell'Arteriosclerosi in qualità di:**

Socio Ordinario

Socio Junior

**A tal proposito allega alla presente il proprio curriculum formativo e professionale**

**Data:**

**Firma:**

La firma apposta in calce autorizza il trattamento dei dati personali in conformità  
all'art. 11 del D.L. 675/1996 e all'art. 11 del D.L. 196/2003.

Inviare a: Segreteria SISA – email [info@sisa.it](mailto:info@sisa.it)  
La conferma dell'accettazione verrà inviata tramite e-mail all'indirizzo sopra riportato