

DOMANDA DI AMMISSIONE
ALLA FELLOWSHIP S.I.C.M.
IN CHIRURGIA DELLA MANO E MICROCHIRURGIA RICOSTRUTTIVA

(inviare per fax: 055.2462270 o e-mail: segreteria@sicm.it alla
segreteria SICM entro 10 settembre 2015)

Il sottoscritto

Nato a

Residente a

C.F.:

Specialista / Specializzando in:

Tel:

Cell:

E mail

chiede di poter essere ammesso alla Fellowship SICM per l'anno
2015/2016

Dichiara inoltre di aver letto il bando di Ammissione, di averne compreso ogni sua parte e di accettare il regolamento della suddetta fellowship.

Si allega:

- Lettera di presentazione
- Curriculum Vitae

Data

Firma