



**XX CNMD, Napoli, 19-22 marzo 2014**

**DOMANDA DI PARTECIPAZIONE GRATUITA**

*Da compilare in stampatello e far pervenire debitamente firmata*

**I CAMPI SONO TUTTI OBBLIGATORI**

*Entro il **10 gennaio 2014** (farà fede il timbro postale) a:*

*Società Italiana di Gastroenterologia, Corso di Francia, 197 - 00191 Roma*

**Si allega un breve curriculum vitae (entro lo spazio massimo di una pagina a spazio singolo) e copia del documento d'identità**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ Prov. |\_\_|\_\_| il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Prov. |\_\_|\_\_|

Tel. \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Laureato/a il |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| voto \_\_\_\_\_ Iscrizione SIGE: sì |\_\_| no |\_\_|

**Le è già stata assegnata in precedenza una partecipazione gratuita SIGE?** sì |\_\_| no |\_\_| anno |\_\_|\_\_|\_\_|

**Ha presentato una comunicazione scientifica al Congresso?** sì |\_\_| no |\_\_|

**1) Specializzato** in \_\_\_\_\_ anno |\_\_|\_\_|\_\_|

Istituzione od Unità Operativa di appartenenza (solo per dipendenti o frequentatori) \_\_\_\_\_

con la qualifica di \_\_\_\_\_

Indirizzo postale completo dell'Istituzione od Unità Operativa: \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ CAP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Prov. |\_\_|\_\_|

**2) Specializzando** presso la Scuola di Specializzazione in \_\_\_\_\_

dell'Università di \_\_\_\_\_ anno |\_\_|

**Sede e attività attuale** \_\_\_\_\_

**Indirizzo eletto per ogni comunicazione riguardante il Corso (da indicare solo se diverso da quello di residenza)**

Città \_\_\_\_\_ CAP |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Prov. |\_\_|\_\_|

*Ai sensi del D. Lgs n. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", i dati richiesti verranno trattati dalla Segreteria SIGE solo al fine di consentire la selezione delle domande di partecipazione.*

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_