

## Modulo richiesta adesione "UNITA' CHIRURGICA"

Cognome ..... Nome .....

Data di nascita..... luogo di nascita.....

### Indirizzo di residenza:

Città.....

Via.....n.....

Provincia.....C.A.P.....

QUALIFICA.....

ASL/AO/AOU di appartenenza.....

Città.....

Via.....n.....

Provincia.....C.A.P.....

Unità Operativa.....

Telefono Unità Operativa.....

### Recapiti telefonici personali:

Telefono domicilio.....

Cellulare1.....Cellulare2.....

E-mail1.....E-mail2.....

### Conoscenza lingua inglese:

NO  SCARSA  SUFFICIENTE  BUONA  OTTIMA

Passaporto valido : SI  NO

N.B. La scheda deve essere compilata con carattere Maiuscolo

Data.....

Firma