



**AL PRESIDENTE  
della  
SOCIETA' ITALIANA di DERMATOLOGIA  
CHIRURGICA ed ONCOLOGICA**

oooooo

Il / la sottoscritto/ a dr / dr.ssa /prof./prof.ssa \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto / a alla Società Italiana di Dermatologia Chirurgica ed Oncologica

e

**DICHIARA,**

sotto la propria responsabilità, di essere laureato / a in Medicina e Chirurgia  
e fornisce i seguenti dati personali e professionali :

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_

Luogo di residenza \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel.\* \_\_\_\_\_ Tel. cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Cod. fiscale \_\_\_\_\_ P. Iva \_\_\_\_\_

Specializzando / a       Specialista

1° specializzazione \_\_\_\_\_ 2° specializzazione \_\_\_\_\_

Indirizzo professionale:

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Tel. cell.\* \_\_\_\_\_ Fax\* \_\_\_\_\_

Indirizzo istituzionale (eccetto liberi professionisti):

Ospedale/ Clinica Univ./ASL \_\_\_\_\_

Città \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

1° Socio Presentatore \_\_\_\_\_

2° Socio Presentatore \_\_\_\_\_

Accesso al sito [www.sidco.it](http://www.sidco.it) :

Username di default: es.: mario rossi ⇒ mrossi Password \_\_\_\_\_

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

\* Tutti i campi sono obbligatori tranne quelli con asterisco