

**Si prega di compilare IN STAMPATELLO e di rinviare con cortese sollecitudine alla  
Segreteria AIOM Fax: 02.2360018 – email: beatrice.camelin@aiom.it**

Dr. Prof. **Nome e Cognome** .....

Luogo e data di nascita .....

CODICE FISCALE .....

Tipo di laurea ..... anno di laurea .....

Indirizzo studio professionale o abitazione .....

CAP ..... Città ..... Prov. ....

Regione .....

Tel ..... Fax ..... Cellulare .....

e-mail .....



### **Qualifica**

Frequentatore	Dirigente II livello	Collaboratore Case Farmaceutiche
Borsista	Prof. Universitario associato	Libero professionista
Contrattista	Prof. Universitario ordinario	Altro .....
Dirigente responsabile U.O.	Ricercatore Universitario	
Dirigente I livello	Dottorato di ricerca	

### **Specialità**

Oncologia	Ematologia	Endocrinologia	Radioterapia	Medicina Interna
Chirurgia	Altro.....	.....	.....	.....

**Ente di appartenenza** .....

**Divisione/Servizio** .....

**Indirizzo** .....

**CAP** ..... **Città** ..... **Prov.** ..... **Regione** .....

**Tel** ..... **Fax** .....

**e-mail sede di lavoro** .....

**FIRMA DELL'ASSOCIATO** .....

Mod.0405 Rev. 03