



**SIAIC**  
**SOCIETÀ ITALIANA**  
**DI ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA**

**RICHIESTA DI ISCRIZIONE**

Il / la sottoscritto/a:

COGNOME .....

NOME .....

TITOLO:  Dott.  Prof.  Altro: .....

LUOGO E DATA DI NASCITA: .....

ANNO DI LAUREA (IN MEDICINA E CHIRURGIA): .....

ANNO DI LAUREA (ALTRE): ..... IN .....

(1) SPECIALIZZAZIONE IN: ..... CONSEGUITA NEL .....

(2) SPECIALIZZAZIONE IN: ..... CONSEGUITA NEL .....

(3) SPECIALIZZAZIONE IN: ..... CONSEGUITA NEL .....

SPECIALIZZANDO IN : ..... PRESSO .....

ANNO DI FREQUENZA ..... ANNO DI SPECIALIZZAZIONE .....

**CHIEDE**

Al **Consiglio Direttivo** della Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Clinica (SIAIC) di essere ammesso in qualità di:

SOCIO SOSTENITORE  - SOCIO ORDINARIO  - SOCIO SPECIALIZZANDO <sup>1</sup>  - SOCIO JUNIOR <sup>2</sup>   
a partire da € 500,00                      € 80,00                      € 20,00                      € 20,00

A tal riguardo allega la presentazione dei seguenti soci SIAIC:

(1) COGNOME ..... NOME: .....

FIRMA .....

(2) COGNOME ..... NOME: .....

FIRMA .....

Si allegano le seguenti informazioni:

**[1] INFORMAZIONI GENERALI:**

INDIRIZZO CASA: .....

CITTÀ: ..... PROV.: (SIGLA) ..... CAP: .....

LUOGO DI LAVORO: .....

REPARTO: .....

INDIRIZZO LAVORATIVO: .....

CITTÀ: ..... PROV.: (SIGLA) ..... CAP: .....

TELEFONO ABITAZIONE : ..... / ..... RECAPITO MOBILE .....

TELEFONO LAVORO: ..... / ..... - ..... FAX ..... / .....

E-MAIL : .....@ .....

<sup>1</sup> Possono iscriversi come **Socio Specializzando**, gli Specializzandi iscritti alla Scuola di Specializzazione in Allergologia ed Immunologia Clinica ed in Medicina Interna. Alla richiesta d'iscrizione dovrà essere allegato un certificato di frequenza rilasciato dalla Scuola di Specializzazione di appartenenza.

<sup>2</sup> Possono iscriversi come **Socio Junior**, i medici al di sotto dei 35 anni d'età. Alla richiesta d'iscrizione dovrà essere allegato copia di un valido documento d'identità.

**Per entrambe le tipologie di Socio, il primo anno d'iscrizione alla SIAIC è gratuito. La quota associativa per gli anni successivi è di € 20,00.**



**SIAIC  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI ALLERGOLOGIA ED IMMUNOLOGIA CLINICA**

**[2] BREVE CURRICULUM PROFESSIONALE:**

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**[3] CURRICULUM SCIENTIFICO:**

- AUTORE o COAUTORE DI NUMERO ..... LAVORI SCIENTIFICI

**[4] AREE DI SPECIFICO INTERESSE  
ALLERGOLOGICO ED IMMUNOLOGICO**

**[5] ALTRI INTERESSI SCIENTIFICI  
PREVALENTI**

- |         |         |
|---------|---------|
| • ..... | * ..... |
| • ..... | * ..... |
| • ..... | * ..... |
| • ..... | * ..... |
| • ..... | * ..... |
| • ..... | * ..... |

**[6] CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI (ai sensi Art.10 della L. 675/96 e seguenti):**

In considerazione del D.Lgs N. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei propri dati personali (Legge sulla privacy), si rende noto che i dati personali in possesso della SIAIC sono raccolti per l'esclusivo perseguimento dei fini istituzionali della Società. I dati raccolti (cartacei e/o informatizzati) possono essere utilizzati a fini scientifici o per informazioni presso altre Società Scientifiche.

In considerazione del D.Lgs N. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, il sottoscritto:

ACCONSENTE ALL'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA SIAIC

NON ACCONSENTE ALL'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA SIAIC

Data

Firma

.....

.....

**Il presente modulo va inviato alla Segreteria Tesoreria della SIAIC c.a.: Dr.ssa Donatella Macchia  
c/o U.O.S. di Allergologia ed Immunologia Clinica - P.O. Nuovo Ospedale S. Giovanni di Dio  
Via di Torregalli 3, 50143 Firenze  
Tel. 055 7192310 - Fax 055 7192301 - E-mail: donatella.macchia@asf.toscana.it**