



S. I. M. F. E. R.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine

Piazza Benedetto Cairoli, 2 – 00186 Roma

Tel. 328.7661238 - Fax 06.56561695

e-mail : segreteria@simfer.it

DOMANDA DI ADESIONE COME SOCIO

Si prega di **scrivere** a macchina o in stampatello **leggibile** - **allegando** un **breve curriculum vitae**

Data.....

Il sottoscritto dr\prof (nome)..... (cognome).....

Nato a.....PROV.....il.....

Codice Fiscale.....nazionalità:.....sesso: M - F

Domiciliato a.....Prov.....

In via.....n.....CAP.....

Telefono n° Cellulare:.....

e-mail:

.....
(è obbligatorio indicare un indirizzo e-mail – tutte le comunicazioni verranno inviate all'indirizzo email indicato)

Laureato in medicina e Chirurgia nell'annoc\ò Univ. di.....

Iscritto all'Ordine dei Medici di Specialista in

eventuale 2° Specializzazione in

eventuale 3° Specializzazione in

Svolge la propria attività presso.....

Con qualifica.....

(SOLO per Specializzandi - anno di corso:)

Essendo a conoscenza dei doveri che per Statuto e Regolamento derivano da questo atto, chiede di essere iscritto alla SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA.

Firma.....

Il sottoscritto autorizza il Presidente della SIMFER, in deroga alla legge 675\96 del D.lgs. 196/2003 e successive modifiche\interpretazioni, a diffondere i suoi dati personali (residenza anagrafica) per richieste di specifica ed esclusiva natura professionale, conferendo allo stesso Presidente piena delega per la individuazione di iniziative di tale natura. Resta inteso che le spese di segreteria sono a carico del richiedente i dati e saranno corrisposte alla SIMFER nazionale dietro rilascio di regolare ricevuta. La presente delega ha valore sino a presentazione di revoca scritta da parte del sottoscritto.

Firma

.....

Allegare alla presente domanda di adesione un breve Curriculum Vitae
in caso contrario la domanda non sarà presa in considerazione



S. I. M. F. E. R.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine

Piazza Benedetto Cairoli, 2 – 00186 Roma

Tel. 328.7661238 - Fax 06.56561695

e-mail : segreteria@simfer.it

Nome e Cognome	
<i>dati della struttura nella quale opera</i>	
Nome Struttura	
Via	
N°	
Città	
Prov.	
CAP	
Telefono	

seleziona il ruolo che ricopri nella struttura

(se ricopre più ruoli in strutture diverse, una volta ricevute l'accettazione della domanda potrà farlo attraverso la Sua area riservata del sito simfer.it)

Dipendenti Ospedalieri:

- Responsabile struttura complessa
- Responsabile struttura semplice
- Dirigente ex primo livello

ASL:

- Specialista ambulatoriale
- Dirigente medico

Università:

- Dottorando
- Ricercatore
- Professore associato
- Professore ordinario
- Specializzando
- Professore a contratto

Privato accreditato - Strutture degenza convenzionate (in regime di degenza):

- Medico responsabile
- Aiuto dirigente
- Aiuto
- Assistente

Strutture degenza convenzionate (es art. 26 non in regime di degenza):

- Direzione sanitaria
- Direzione tecnica
- Consulente ambulatoriale
- Consulente domiciliare

Strutture convenzionate ex art. 44:

- Direzione sanitaria
- Direzione tecnica
- Consulente

Allegare alla presente domanda di adesione un breve Curriculum Vitae
in caso contrario la domanda non sarà presa in considerazione



S. I. M. F. E. R.

SOCIETÀ ITALIANA DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA
The Italian Society of Physical and Rehabilitation Medicine

Piazza Benedetto Cairoli, 2 – 00186 Roma

Tel. 328.7661238 - Fax 06.56561695

e-mail : segreteria@simfer.it

RSA:

- Direzione
- Consulenza

Privato:

- Studio privato
- Privato - Campi di interesse ortopedico
- Privato - Campi di interesse neurologico
- Privato – Altro

Consulenze scientifiche:

- Consulenze - Campi di interesse ortopedico
- Consulenze - Campi di interesse neurologico
- Consulenze - Altro

Se fornisce l'autorizzazione alla SIMFER per pubblicare i dati inseriti in questa scheda, sul portale della Società Scientifica, per la consultazione da parte di tutti coloro che si collegano al sito internet della Società, firmi di seguito (in caso contrario i dati saranno conservati da SIMFER unicamente ai fini statistici interni).

Firmi se autorizza la pubblicazione sul sito della Società, dei dati della scheda censimento*:

firma

* ad oggi il database di consultazione da parte dei cittadini, per la ricerca di uno specialista fisiatra, non è ancora stato terminato e messo on-line

Eventuali comunicazioni alla Segreteria:

Allegare alla presente domanda di adesione un breve Curriculum Vitae
in caso contrario la domanda non sarà presa in considerazione