

# SOCIETA' ITALIANA DI PEDIATRIA – SINUPE

## DOMANDA DI AMMISSIONE PER NUOVI SOCI

Il sottoscritto, presa visione delle norme statutarie della Società italiana di Nutrizione Pediatrica, che si impegna di rispettare e di far rispettare, **CHIEDE** di essere ammesso quale socio ordinario. Pertanto, si riportano i seguenti dati personali:

Cognome ..... Nome.....  
Luogo e data di nascita.....  
Domicilio via /piazza .....  
CAP..... Città ..... Prov ..... Regione.....  
Sede di lavoro .....  
Reparto .....  
Dipartimento.....Direttore Dipartimento.....  
Via/piazza .....  
Telefoni: Casa .....studio ..... fax .....  
Osp ..... Cell ..... E-mail .....  
Codice Fiscale II II II II II II II II II II II II II II II II  
Laurea in Medicina e Chirurgia – Anno di Laurea .....Specializzazioni .....  
.....  
Categoria:  
☐ Universitario ☐ Ospedaliero ☐ Pediatra di libera scelta ☐ Specializzando/ Studente\*

### Qualifica Universitaria:

☐ Prof. Ordinario ☐ Prof. Associato ☐ Ricercatore ☐ Altro

### Qualifica Ospedaliera:

☐ Direttore di U.O. Complessa ☐ Direttore U.O. Semplice ☐ Dirigente ☐ Altro

Compilare in stampatello e spedire insieme con la copia dell'avvenuto versamento (quota sociale di **euro 30,00**) all'indirizzo [segreteria@sip.it](mailto:segreteria@sip.it)

\* **La quota per gli specializzandi/studenti è gratuita.**

IBAN IT14 I 0760101600001011280706

INTESTATO a: SOCIETA' ITALIANA DI PEDIATRIA

Per informazioni contattare la Segreteria all'indirizzo [segreteria@sip.it](mailto:segreteria@sip.it)

Firma leggibile \_\_\_\_\_