



®

SICPRE

Società Italiana di Chirurgia Plastica Ricostruttiva ed estetica

Riservato alla Segreteria:

Anno di Iscrizione:

Socio Presentatore:

.....

Nome

Cognome

Luogo di nascita

Data di nascita

Indirizzo Professionale:

Città Prov

Via Cap

E-mail PEC

Tel Fax

Informazioni Professionali:

Categoria di appartenenza:

Universitario

Ospedaliero

Libero Professionista

Specializzando

Incarichi attualmente ricoperti:

Sede dell'attività professionale:

Curriculum Vitae:

Laurea	<i>Data</i>	<i>Università</i>
--------	-------------	-------------------	-------

Abilitazione all'esercizio professionale	<i>Data</i>	<i>Sede</i>
--	-------------	-------------	-------

Ordine dei medici	<i>Data</i>	<i>Sede</i>
----------------------	-------------	-------------	-------

Specializzazione In Chirurgia Plastica	<i>Data</i>	<i>Sede</i>
--	-------------	-------------	-------

Altre specializzazioni:	<i>Data</i>	<i>Sede</i>
----------------------------	-------------	-------------	-------

	<i>Data</i>	<i>Sede</i>
--	-------------	-------------	-------

	<i>Data</i>	<i>Sede</i>
--	-------------	-------------	-------

	<i>Data</i>	<i>Sede</i>
--	-------------	-------------	-------

Scuola di Specializzazione in Chirurgia Plastica (Solo per lo specializzando,
inserire sede data di iscrizione):

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

Società di cui il candidato è membro:

.....

.....

.....

Note di Curriculum:

.....

.....

.....

.....

FOTO

Firma del candidato
