



Il/La Sottoscritto/a

Cognome	Nome		
Data di nascita / /	Luogo	Prov.	
Telefono/Cellulare	E-mail		
Indirizzo	Cap		
Città	Prov.		
Cod. Fiscale			

letto ed approvato lo Statuto e il R.I. della Scuola Italiana di Chirurgia Mini Invasiva Ginecologica (SICMIG) dei quali, con la firma in calce, sottoscrive in particolare l'articolo 2 dello Statuto e l'articolo 1 del R.I. relativi alle finalità della Scuola, alla definizione del ruolo di Membro ed alla normativa sulle sospensioni dal ruolo,

fa richiesta alla Direzione Nazionale

di inserimento nella Lista dei Membri della SICMIG, impegnandosi a soddisfare i requisiti citati e a versare la quota di iscrizione annuale di **€ 30,00** alla Scuola (mediante bonifico bancario sul conto intestato a Eurogyn Società di Congressi, segreteria SICMIG IBAN: IT4520503420301000000515370). La decorrenza dell'iscrizione sarà immediata e la 1° scadenza lo stesso giorno dell'anno successivo.

Il/La sottoscritto/a comunica inoltre che svolge la:

Professione / specializzazione	
In qualità di	
Ragione sociale Azienda / Ente	
Indirizzo	Cap
Città	Prov.
Telefono	Fax

Allegati archiviabili:

- CURRICULUM VITAE
- Punteggio ECM acquisiti (solo per specialisti) nel triennio 2018-2020 - N. Crediti _____
Consultabile registrandosi al portale "myecm" (<http://ape.agenas.it/professionisti/myecm.aspx>)

Il/La Sottoscritto/a dichiara infine che gli allegati prodotti rispondono a verità e conferma di aver ben compreso il significato del consenso attribuito con la firma siglata sul presente modulo.

Sono consapevole che, se la mia richiesta verrà accettata, avrò diritto ai seguenti vantaggi:

- **Accesso immediato alle convenzioni assicurative SICMIG – ASSIMEDICI-AMTRUST**
(condizioni di polizza e nota informativa scaricabili dal sito: <http://www.assimedici.it/sicmig>)
- **Quota di partecipazione gratuita o ridotta agli eventi SICMIG**
- **Priorità nell'iscrizione ai corsi e alle preceptorships SICMIG a numero chiuso**
- **Invio via mail dei documenti scientifici prodotti dalla SICMIG**
- **Invio via mail, su richiesta, delle presentazioni tenute dai Consiglieri durante gli eventi SICMIG**

Consapevole delle conseguenze prodotte dal riscontro di falsità nelle autocertificazioni, CONFERMA tutto quanto sopra esposto, apponendo in calce la propria firma e autorizza la SICMIG al trattamento dei Suoi dati personali (Dlgs196/2003)

Data _____

Firma _____