



## RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE

### DATI ANAGRAFICI

Cognome

Nome

Codice Fiscale

Luogo di nascita

Data di nascita

Indirizzo

CAP

Città

e-mail

Telefono

Socio dell'AME dal (in caso di dubbi, contattare la Segreteria AME)

### SEDE DI ATTIVITA'

Denominazione

Dipartimento/Struttura

Indirizzo

CAP

Città



**Esperienze di lavoro all'estero:**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Elenco delle collaborazioni (anche volontarie) alle attività dell'Associazione**

---

---

---

---

---

---

---

---

**Partecipazione a corsi di formazione (non scientifica) organizzati dall'Associazione**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**Curriculum scientifico (pubblicazioni e partecipazione a congresso nazionali e internazionali con comunicazioni orali o poster)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Iscrizione AACE Italian Chapter:                      SI'                      NO

Verrà data la priorità ai Soci iscritti all'AACE Italian Chapter.

Dichiara di essere in regola con il pagamento della quota associativa AME 2019.

Firma

Data

---

Il modulo, debitamente compilato, firmato e corredato di curriculum, deve essere inviato **entro e non oltre il 15 novembre 2019** a mezzo e-mail alla Segreteria AME: [segreteria@associazionemediciendocrinologi.it](mailto:segreteria@associazionemediciendocrinologi.it)

Le richieste pervenute dopo tale data non saranno accettate.