**MODULO DOMANDA D’ISCRIZIONE A FCSA**

**PER PROFESSIONISTI**

**NOME …………………....…..…………………… COGNOME ………….………...…..……………………**

**INDIRIZZO …………………....…..……………... CITTA’ ……………………………………PROV. …….**

**CODICE FISCALE …………………………………………………………………………………………………**

**TELEFONO ………………………………. E-MAIL …………………………………………………………….**

**PROFESSIONE ……………………………………………………………………………………………………**

**SPECIALIZZAZIONE …………………………………………………………………………………………….**

**ATTIVITÀ PROFESSIONALE** *(dipendente, libero professionista, MMG, specializzando, altro spec.)*

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**SEDE LAVORATIVA ……………………………………………………………………………………………..**

**AMBITO LAVORATIVO** *(es. Medicina Interna, Laboratorio, Ematologia, Cardiologia, Medicina Trasfusionale, Medicina del territorio, altro specificare)*

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**FORMAZIONE SPECIFICA** in argomenti affini all’Emostasi e alla Trombosi (Master, partecipazione a Corsi di formazione FCSA, SISET, altro…)

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**PARTECIPAZIONE A STUDI CLINICI: Si/NO ;** quali (elencare**)**

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………..**

**ALLEGARE CURRICULUM VITAE ED EVENTUALI PUBBLICAZIONI**