



FEDERAZIONE  
CENTRI PER LA DIAGNOSI  
DELLA TROMBOSI E LA  
SORVEGLIANZA DELLE TERAPIE  
ANTITROMBOTICHE (FCSA)

www.fcsa.it

## 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**