



SIMPS

Società Italiana
di Medicina
Psicosociale



Segreteria: Piazza O. Marucchi n.5 - 00162 Roma - Tel/fax: 06 8632 0838 E-mail: info@psychomed.net

SCHEMA DI RICHIESTA ISCRIZIONE ⁽¹⁾

Il sottoscritto / la sottoscritta _____

nato/a a _____ il _____, chiede di essere iscritto/a
alla **Società Italiana di Medicina Psicosociale (SIMPS)** come **Socio ordinario**.

Titolo di studio _____

RECAPITO LAVORO: **Istituzione** _____

Funzione: _____

Via: _____ n. _____ **CAP** _____

Città: _____ **E-mail:** _____

Tel. _____ **Fax** _____

RECAPITO PRIVATO:

Via: _____ n. _____ **CAP** _____

Città: _____ **E-mail:** _____

Tel. _____ **Fax** _____

Dichiaro di conoscere e condividere gli scopi della SIMPS e di avere interessi scientifici nell'ambito della medicina psicosociale e comportamentale, come attestato dai seguenti titoli del mio Curriculum Vitae:

Socio di riferimento ⁽²⁾: _____

N.B.: I dati personali saranno trattati ai sensi della legge n. 675/96, cancellati o modificati a richiesta dell'interessato ed utilizzati solo per segnalare iniziative di interesse societario. Accetto quanto sopra:

Data: _____

Firma: _____

¹ Da inviare a: Segreteria SIMPS, Piazza O. Marucchi n.5 - 00162 Roma (tel/fax 06 86320838).

² Facoltativo