



MODULO DI ISCRIZIONE

Il / la **sottoscritto/a**:

COGNOME

NOME

TITOLO: Dott. Prof. Altro: DATA DI NASCITA: / /

LUOGO DI NASCITA Codice Fiscale

e-mail: @

ANNO DI LAUREA (IN MEDICINA E CHIRURGIA):

ANNO DI LAUREA (IN TECNICHE DI NEUROFISIOPATOLOGIA):

ANNO DI LAUREA (ALTRE): IN

(1) SPECIALIZZAZIONE IN: CONSEGUITA NEL SPECIALIZZANDO

(2) SPECIALIZZAZIONE IN: CONSEGUITA NEL SPECIALIZZANDO

(3) SPECIALIZZAZIONE IN: CONSEGUITA NEL SPECIALIZZANDO

CHIEDE

Al **Presidente** della Società Italiana di Neurofisiologia Clinica (S.I.N.C.) di essere ammesso come:

- SOCIO ORDINARIO € 100,00
- SOCIO JUNIOR* (fino al compimento del 35° anno di età) € 50,00
- SOCIO OPERATORE DELLE PROFESSIONI SANITARIE € 50,00

* allegare copia del documento di riconoscimento

ALLEGARE UN CV AGGIORNATO E FIRMATO E LA COPIA DEL VERSAMENTO DELLA PRIMA ANNUALITA'

A tal riguardo allega la presentazione dei seguenti soci SINC:

(1) COGNOME NOME:

FIRMA

(2) COGNOME NOME:

FIRMA

Si allegano le seguenti informazioni:

[1] INFORMAZIONI GENERALI:

INDIRIZZO CASA:

CITTA': PROV.: (SIGLA) CAP:

TELEFONO ABITAZIONE: / RECAPITO CELLULARE: /

E-MAIL PRIVATA:@.....

LUOGO DI LAVORO:

REPARTO:

INDIRIZZO LAVORATIVO:

CITTA': PROV.: (SIGLA) CAP:

TELEFONO LAVORO: / OPPURE

E-MAIL DEL LAVORO :@.....

[2] CURRICULUM PROFESSIONALE:

FREQUENZA NEL SERVIZIO DI NEUROFISIOLOGIA CLINICA di

Dal al

FREQUENZA NEL SERVIZIO DI NEUROFISIOLOGIA CLINICA di

Dal al

FREQUENZA NEL SERVIZIO DI NEUROFISIOLOGIA CLINICA di

Dal al

FREQUENZA NEL REPARTO DI NEUROLOGIA CLINICA di

Dal al

FREQUENZA NEL REPARTO DI NEUROLOGIA CLINICA di

Dal al

FREQUENZA NEL REPARTO DI NEUROLOGIA CLINICA di

Dal al

[3] CURRICULUM SCIENTIFICO:

- AUTORE o COAUTORE DI NUMERO LAVORI SCIENTIFICI

[4] INTERESSI SCIENTIFICI PREVALENTI

- EPILESSIA ()
- MALATTIE DEL SONNO ()
- COMA E MORTE CEREBRALE ()
- MONITORAGGI INTRAOPERATORI ()
- MONITORAGGI IN TERAPIA INTENSIVA ()
- MALATTIE MUSCOLARI ()
- POLI / MULTI / MONONEUROPATIE ()
- MND ()
- MALATTIE INFIAMMATORIE DEL S.N.C. ()
- MALATTIE DEGENERATIVE DEL S.N.C. ()
- DISORDINI DEL MOVIMENTO ()
- DISAUTONOMIE ()
- DOLORE ()
- NEURO-RIABILITAZIONE ()
- INTERNET E INFORMATICA ()
- NEUROFISIOLOGIA IN PEDIATRIA ()

[5] INTERESSI NEUROFISIOLOGICI

- ELETTOENCEFALOGRAFIA ()
- VIDEO-EEG ()
- POLIGRAFIA ()
- MAGNETO-EEG ()
- EMG – ENG ()
- REFLESSOLOGIA ()
- STIMOLAZIONE MAGNETICA ()
- TESTS FUNZIONALITA' S.N.V. ()
- EMG DI SINGOLA FIBRA ()
- PEV-ERG ()
- PESS ()
- BAERs ()
- P300 / CNV ()
- TECNICHE SPECIALI EMG (MUNE, MACRO-EMG, ECC.) ()

[6] CONSENSO ALL'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI (ai sensi Art.10 della L. 675/96 e seguenti):

In considerazione della Legge 675/1996 per la tutela delle persone rispetto al trattamento dei propri dati personali (Legge sulla privacy), si rende noto che i dati personali in possesso della S.I.N.C. sono raccolti per l'esclusivo perseguimento dei fini istituzionali della Società. I dati raccolti (cartacei e/o informatizzati) possono essere utilizzati a fini scientifici o per informazioni presso altre Società Scientifiche.

In considerazione dell'Art.13 della L.675/1996, il sottoscritto:

ACCONSENTE ALL'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA S.I.N.C

NON ACCONSENTE ALL'UTILIZZO DEI PROPRI DATI PERSONALI DA PARTE DELLA S.I.N.C

Il Sottoscritto _____ dichiarerà altresì l'assenza del conflitto di interessi con le finalità statutarie di SINC.

Conferma di aver effettuato il versamento della prima quota associativa ed allega alla presente la relativa ricevuta.

Firma del sottoscritto

Data domanda:/...../.....

.....