

## Domanda di iscrizione alla SICOP – Società Italiana di Chirurgia Oftalmoplastica

Modulo scaricato dal sito <http://www.sicopweb.it/>



**Nome:**

**Cognome:**

**Luogo e data di nascita:**

**Luogo e data della Laurea:**

**Luogo e data della Specialità:**

**Ospedale o Istituto di appartenenza attuale:**

---

**Indirizzo casa (riservato, solo per corrispondenza SICOP)**

**Cap:**

**Città:**

**Tel.:**

**Fax:**

**Cell.:**

**E-Mail:**

---

**Indirizzo lavoro (facoltativo, da pubblicare sul sito o fornire a pazienti e Ditte)**

**Indirizzo:**

**Cap:**

**Città:**

**Tel.:**

**Fax:**

**Cell.:**

**E-Mail:**

---

**Eventuale socio presentatore:**

**Elenco allegati:**

- Stage di Oftalmoplastica in Italia o all'estero
- Lavori di oftalmoplastica pubblicati su riviste indicizzate
- Comunicazioni a Congressi di oftalmoplastica

---

**Inoltare la presente domanda e gli allegati al Segretario della SICOP:**

**Dott. GIUSEPPE VADALA'**

**Via Lagrange, 7 - 10123 Torino**

**e-mail: [info@sicopweb.it](mailto:info@sicopweb.it)**