



ASSOCIAZIONE ITALIANA
DI OTORINOLARINGOIATRIA
E GERIATRIA

<http://www.aiog.it>

Il sottoscritto Dott./Prof. _____

nato a _____ Provincia di _____ il _____ residente in

_____ Via/Piazza _____ n. _____

Codice Fiscale _____ e-mail _____

Recapiti telefonici _____

laureato in medicina e chirurgia, in possesso del diploma di specializzazione in :

1) _____

2) _____

Attività medica prevalente a: _____ (Provincia: _____)

presso:

Università _____ in qualità di _____

Ospedale _____ in qualità di _____

Casa di Cura _____ in qualità di _____

esclusiva attività libero-professionale

Letto e approvato lo Statuto, chiede di essere ammesso in qualità di associato alla
Associazione Italiana di Otorinolaringoiatria e Geriatria

Data _____

In Fede
