



**DOMANDA DI ISCRIZIONE**

*Si prega di scrivere in stampatello chiaro e leggibile*

Cognome: \_\_\_\_\_ Nome: \_\_\_\_\_

Comune di nascita: \_\_\_\_\_ Prov.: \_\_\_\_\_

Data di nascita: \_\_\_\_\_ Nazionalità: \_\_\_\_\_

Codice fiscale: \_\_\_\_\_

Comune di residenza: \_\_\_\_\_ Prov: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

Indirizzo (via/piazza): \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ Cell.: \_\_\_\_\_

Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Professione: \_\_\_\_\_ Titolo di studio: \_\_\_\_\_

Cognome e nome socio presentatore: \_\_\_\_\_

*Il richiedente si impegna al rispetto dello Statuto e dei Regolamenti della Società Italiana per la Sicurezza e la Qualità nei Trapianti (disponibile sul sito [www.sisqt.it](http://www.sisqt.it)) e acconsente al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03*

Data: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

*Inviare la domanda compilata o contattare direttamente la segreteria presso:*

FIRST CLASS s.r.l.  
Viale Italia, 173 – 57127 LIVORNO  
Tel.0586 849811 Fax 0586 349920 e-mail [segreteria@sisqt.it](mailto:segreteria@sisqt.it)

*La quota associativa annuale di 50,00 Euro dà diritto a tutti gli eventi congressuali e formativi della S.I.S.Q.T.*