

Collegio Italiano dei Senologi

Cognome* _____ Nome* _____

Data di nascita * __/__/ -- __/__/ -- 1/9/__/

Luogo di nascita * _____ PV __/__/

Codice Fiscale * __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

Residente a * _____ PV __/__/

Via/Piazza * _____ N° _____

Telefono * __/__/__/__/__/__/__/__/

_____/_____/_____/_____/_____/_____/

e- mail ° __/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/__/

_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/_____/

Laureato/a in Medicina e Chirurgia presso l'Università degli Studi * _____

Anno di Laurea * __/__/__/

chiedo di essere ammesso al Collegio Italiano dei Senologi

in qualità di Membro Effettivo a tale scopo dichiaro di:

A) aver conseguito le seguenti specializzazioni:

1) _____ anno __/__/__/

Presso l'Università degli studi di _____

2) _____ anno __/__/__/

Presso l'Università degli studi di _____

3) _____ anno __/__/__/

Presso l'Università degli studi di _____

B) di svolgere attualmente la propria attività professionale presso:

Dal (mese – anno) ___/___/ -- ___/___/___/

Ente _____

Reparto/Servizio _____

Ruolo _____

C) di aver ricoperto in precedenza i seguenti ruoli

1) Dal (mese – anno) ___/___/ -- ___/___/___/ al ___/___/ -- ___/___/___/

Ente _____

Reparto/Servizio _____

Ruolo _____

2) Dal (mese – anno) ___/___/ -- ___/___/___/ al ___/___/ -- ___/___/___/

Ente _____

Reparto/Servizio _____

Ruolo _____

D) la senologia sul totale della mia attività professionale rappresenta il (barare la casella)

15 %	20-30 %	30-40%	40-50%	60-70%	70-80%	90-100%

E) nella mia attività senologica mi occupo prevalentemente di (barare la casella) :

Epidemiologia		Genetica		Chirurgia Plastica	
Prevenzione primaria		Senologia clinica		Terapia medica	
Farmacoprevenzione		Diagnosi strumentale		Riabilitazione	
Anatomia patologica		Chirurgia senologica		Altro	

**La presente domanda va inviata in formato elettronico assieme agli allegati richiesti a:
scuola@senologia.it**

Data _____

Firma _____

ELENCO DOCUMENTAZIONE DA ALLEGARE

- 1) Curriculum vitae *
- 2) Autocertificazione dell'attività senologica svolta negli ultimi tre anni (es. n° e tipologia degli interventi effettuati come 1° operatore; n° esami mammografici, ecografici refertati, ecc.) *
- 3) Elenco pubblicazioni *
- 4) Elenco partecipazioni a congressi/corsi in qualità di relatore negli ultimi 5 anni
- 5) Elenco partecipazioni a congressi/corsi negli ultimi 5 anni

NOTE

- 1) Tutte le voci contrassegnate da * sono obbligatorie
- 2) L'ammissione al Collegio è subordinata al giudizio favorevole di un'apposita Commissione che può eventualmente richiedere di integrare la domanda con ulteriore documentazione.
- 3) L'avvenuta ammissione al Collegio è comunicata tramite e-mail ed ha validità biennale a decorrere dalla data della comunicazione stessa. Alla scadenza l'eventuale rinnovo prevede da parte della Commissione una nuova verifica del possesso dei requisiti scientifico-professionali previsti dal regolamento del Collegio
- 4) Dopo la comunicazione per rendere effettiva l'ammissione i membri sono tenuti a regolarizzare la quota annuale