



**DOMANDA D'ISCRIZIONE ALLA SIRR
(SOCIO ORDINARIO)**

Cognome Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Titolo di studio, luogo e data del suo conseguimento.....

Ente di appartenenza e qualifica/funzione.....

Indirizzo.....

Telefono.....Fax.....

E-mail.....

Allegare, utilizzando uno o più fogli aggiuntivi, informazioni sulla propria attività nel campo delle ricerche sulle radiazioni

Categoria nella quale si desidera essere inseriti:

(Fisica, Chimica, Biologia, Medicina).....

Cognome, nome e firma dei due Soci presentatori:

1).....

2).....

Ai sensi della legge n° 675/96 autorizza la SIRR al trattamento dei dati personali comunicati.

Data.....Firma.....

Il pagamento va effettuato via bonifico bancario a:

Società Italiana per le Ricerche sulle Radiazioni

c/c n. 14688

Banca Nazionale del Lavoro

sportello Roma Casaccia

Via Anguillarese 301

00123 Roma

IBAN: IT19T0100503385000000014688

Causale: quota associativa Nome Cognome 20XX (o eventualmente 20XX-20YY).

La domanda compilata va inviata al seguente indirizzo:

VALENTINA DINI
Centro Nazionale di Tecnologie Innovative per la Salute Pubblica (TISP)
Istituto Superiore di Sanità
Viale Regina Elena 299
00161 Roma

telefono 06 49902719
e-mail: valentina.dini@iss.it

La domanda verrà esaminata dal Consiglio SIRR nel corso della prima riunione utile.