



Form da rimandare compilato in ogni sua parte e firmato, allegando i documenti richiesti, alla segreteria SIAGASCOT (nives.sagramola@siagascot-orto.com)

Dati della Struttura

Denominazione Ospedale, Istituto, Università *

Reparto, Divisione, Dipartimento *

Indirizzo completo ospedale *

Responsabile della Struttura *

Il caso il richiedente non sia il Responsabile, è necessaria la firma di entrambi in fondo alla richiesta.

Proponente *

Cognome e Nome, Dipartimento, Indirizzo e Contatti (E-mail e Numero di telefono del proponente)

Attuale ruolo/occupazione e/o la Struttura di riferimento

Numero pubblicazioni tue o del tuo centro

Specificare numero e riviste
