



Segretariato Italiano Giovani Medici
Sede Locale di Catania

MODULO ISCRIZIONE TORNEO “DOC&BEACH” 2015

NOME SQUADRA:

RESPONSABILE SQUADRA:

NUMERO DI TELEFONO

MAIL.....

GIOCATORI TITOLARI SQUADRA:

- 1. NOME** **COGNOME**

NUMERO ORDINE

NEOABILITATO ISCRITTO CORSO MEDICINA GENERALE- MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN LIBERO PROFESSIONISTA

RICERCATORE – BORSISTA – DOTTORANDO -ASSEGNISTA OSPEDALIERO PUBBLICO PRIVATO

NUMERO DI TELEFONOMAIL.....

- 2. NOME** **COGNOME**

NUMERO ORDINE

NEOABILITATO ISCRITTO CORSO MEDICINA GENERALE- MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN LIBERO PROFESSIONISTA

RICERCATORE – BORSISTA – DOTTORANDO -ASSEGNISTA OSPEDALIERO PUBBLICO PRIVATO

NUMERO DI TELEFONOMAIL.....

- 3. NOME** **COGNOME**

NUMERO ORDINE

NEOABILITATO ISCRITTO CORSO MEDICINA GENERALE- MEDICO DI MEDICINA GENERALE

MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN LIBERO PROFESSIONISTA

RICERCATORE – BORSISTA – DOTTORANDO -ASSEGNISTA OSPEDALIERO PUBBLICO PRIVATO

NUMERO DI TELEFONOMAIL.....

Segretariato Italiano Giovani Medici
Sede Locale di Catania

Web: www.giovanemedico.it
Mail: sgm.catania@gmail.com



Segretariato Italiano Giovani Medici
Sede Locale di Catania

4. **NOME** **COGNOME**
- NUMERO ORDINE
- NEOABILITATO ISCRITTO CORSO MEDICINA GENERALE- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN LIBERO PROFESSIONISTA
RICERCATORE – BORSISTA – DOTTORANDO -ASSEGNISTA OSPEDALIERO PUBBLICO PRIVATO
NUMERO DI TELEFONOMAIL.....

GIOCATORI “RISERVA” SQUADRA:

1. **NOME** **COGNOME**
- NUMERO ORDINE
- NEOABILITATO ISCRITTO CORSO MEDICINA GENERALE- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN LIBERO PROFESSIONISTA
RICERCATORE – BORSISTA – DOTTORANDO -ASSEGNISTA OSPEDALIERO PUBBLICO PRIVATO
NUMERO DI TELEFONOMAIL.....

2. **NOME** **COGNOME**
- NUMERO ORDINE
- NEOABILITATO ISCRITTO CORSO MEDICINA GENERALE- MEDICO DI MEDICINA GENERALE
MEDICO IN FORMAZIONE SPECIALISTICA IN LIBERO PROFESSIONISTA
RICERCATORE – BORSISTA – DOTTORANDO -ASSEGNISTA OSPEDALIERO PUBBLICO PRIVATO
NUMERO DI TELEFONOMAIL.....

DATA

FIRMA RESPONSABILE SQUADRA