Modulo di richiesta di adesione al Centro Studi Dipartimentale sulla Medicina della Complessità e Cure Palliative "Virgilio Floriani" per Professori, Ricercatori, Esperti di fama nazionale ed internazionale, assegnisti di ricerca, dottorandi o altri soggetti esterni esperti negli ambiti scientifici di interesse del Centro

Al Direttore Scientifico del Centro

OGGETTO: Richiesta di adesione al Centro Studi Dipartimentale sulla Medicina della Complessità e Cure Palliative "Virgilio Floriani" ai sensi dell'art. 6 del Regolamento del Centro

Il/La sottoscritto/a

Cognome_____ Nome_____

Indirizzo e-mail e recapiti telefonici_____

Qualifica_____

Curriculum Vitae: allegare

Ateneo / Istituzione di afferenza_____

Paese dell'Ateneo / Istituzione di afferenza

□ Italia

□ Altro_____

PRESENTA RICHIESTA DI ADESIONE

in qualità di membro senza diritto di voto attivo e passivo, al Centro Studi Dipartimentale sulla Medicina della Complessità e Cure Palliative "Virgilio Floriani", da sottoporre al Comitato Scientifico per l'approvazione ai sensi dell'art. 6 del Regolamento del Centro.

Luogo e data_____ Firma _____