



SCHEMA ANAGRAFICA NUOVO ASSOCIATO – SPECIALIZZANDO/NEOLAUREATO

NORME PER LA RICHIESTA DI ASSOCIAZIONE ALLA S.I.F.O.

Vantaggi

L'iscrizione alla SIFO consente di:

- partecipare a corsi di aggiornamento, master, seminari e convegni nazionali o regionali, al Congresso nazionale a quote ridotte
 - concorrere per l'assegnazione di borse o di premi di studio o di specializzazione
 - effettuare tirocini di perfezionamento in Italia o all'estero
 - ricevere in abbonamento il Bollettino SIFO, il Giornale Italiano di Farmacia Clinica, il Foglio Notizie, i libri ed i periodici della SIFO
- e tutte le notizie inerenti la Società
- partecipare a ricerche, progetti, trials collaborativi nazionali e internazionali

ma soprattutto consente di:

- sentirsi un professionista "health-non profit-oriented"
- stare dalla parte di coloro che vogliono un servizio sanitario pubblico, equo e solidale
- sentirsi una "tessera" importante ed essenziale che, grazie alla sua specificità, al suo colore, alla sua forma particolare, alla sua diversità, costituisce la vera ricchezza della SIFO e consente di formare questo "mosaico" speciale che concorre al raggiungimento dei grandi obiettivi etici della professione: l'uso corretto del farmaco e l'uso corretto delle risorse per la migliore cura del paziente

Chi può iscriversi alla SIFO

Possono iscriversi alla SIFO:

- i farmacisti che esercitano la professione nelle farmacie degli ospedali del SSN, convenzionati col SSN o privati e nelle strutture del SSN nelle quali si svolgono attività farmaceutiche (SOCI EFFETTIVI)
- i farmacisti che hanno in precedenza esercitato la professione nelle strutture sopradescritte e i farmacisti che esercitano un'attività che abbia attinenza scientifica o tecnica con i farmaci e/o con i dispositivi medici (SOCI SOSTENITORI) (art. 5 Statuto SIFO).

Come iscriversi alla SIFO (modalità cartacea)

Per iscriversi occorre:

- inviare la domanda e l'informativa sulla Legge 196/03 alla Segreteria SIFO, per fax o mail (Fax: 02.69002476 - segreteria@sifoweb.it).

La candidatura viene valutata durante la prima riunione del Consiglio Direttivo successiva alla data di invio. Dopo l'approvazione la

Segreteria invia comunicazione formale di accettazione accompagnata dalla tessera socio per l'anno in corso.

IMPORTANTE

Si raccomanda di leggere con attenzione le informazioni sopra riportate prima di procedere alla compilazione della modulistica allegata (informativa al socio sulla privacy e scheda anagrafica nuovo associato).

La Segreteria Nazionale SIFO



**Società Italiana di Farmacia Ospedaliera
e dei Servizi Farmaceutici delle Aziende Sanitarie**

SCHEDA ANAGRAFICA NUOVO ASSOCIATO – SPECIALIZZANDO/NEOLAUREATO

SCHEDA ANAGRAFICA NUOVO ASSOCIATO

Al Presidente SIFO

Io sottoscritto:

Cognome e nome.....
Nato ail..... codice fiscale.....
Indirizzo abitazione:
via/piazza.....n°.....Cap.....
località.....Prov.....regione.....
tel. abitazione.....fax.....cell.....
indirizzo e-mail.....

P.S. Nel caso in cui il candidato risieda in una regione diversa da quella in cui presta servizio indicare la regione alla quale preferisce essere collegato nell'anagrafica soci:

CHIEDO di essere iscritto a codesta società in qualità di (vedi norme allegate):

SOCIO EFFETTIVO

TITOLI DI STUDIO:

Laurea in: FARMACIA CTF conseguita nell'anno:.....
abilitazione professionale anno.....

Isritto alla Scuola di specializzazione in:

FARMACIA OSPEDALIERA o equipollenti¹:

- Farmacia industriale
- Farmacologia applicata
- Farmacologia
- Farmacognosia
- Tossicologia

Altro (specificare).....

Anno di iscrizione:..... Anno di conclusione:..... Attualmente frequenta il ... anno

Scuola di appartenenza:.....

¹ Rif.: ai sensi del D.M. 30.01.1998 e s.m.i.":



SCHEMA ANAGRAFICA NUOVO ASSOCIATO – SPECIALIZZANDO/NEOLAUREATO

QUALIFICA PROFESSIONALE:

Farmacista specializzando

SEDE DI LAVORO / TIROCINIO:

AZIENDA/ENTE: (denominazione esatta)

Indirizzo:.....

Cap..... Località.....

Prov..... Regione.....

Tel..... Fax.....

indirizzo e-mail

AMBITO OSPEDALIERO:

Azienda Ospedaliera

IRCCS

Presidio Ospedaliero (denominazione):

di Azienda Ospedaliera di Azienda Sanitaria Locale

Casa di Cura

Altro (specificare):

AMBITO TERRITORIALE DEL SSN:

Azienda Sanitaria Locale

ALTRO AMBITO:

(specificare)

SERVIZIO DELL'AZIENDA:

Farmacia Ospedaliera

Servizio Farmaceutico Territoriale

Altro (specificare, precisando le attività farmaceutiche svolte)

Data

Firma del candidato