Io sottoscritto/a, **Nome e Cognome del/la Socio/a Ordinario/a:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
già membro della SIRCIP, in regola con l'iscrizione,
**dichiaro di supportare la richiesta di affiliazione** del/la dott./dott.ssa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di socio/a affiliato/a.

Supporto tale idoneità alla partecipazione alle attività della società in quanto:

[] è interessato/a alla ricerca nell’ambito della perinatalità

[] è interessato/a alla clinica nell’ambito della perinatalità

[] è interessato/a alla formazione nell’ambito della perinatalità

Note di supporto:

Luogo e data: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Firma del Socio Ordinario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
E-mail del Socio Ordinario: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_