

Spett.le  
Società Italiana di Medicina Estetica (SIME)  
Alla cortese attenzione del Presidente  
Via Monte Zebio, n. 28  
00100 Roma

*Da inviare a mezzo posta elettronica ordinaria all'indirizzo [sime@lamedicinaestetica.it](mailto:sime@lamedicinaestetica.it)*

*Oppure*

*A mezzo posta elettronica certificata all'indirizzo [sime.presidenza@legalmail.it](mailto:sime.presidenza@legalmail.it)*

**Oggetto: Domanda di passaggio di categoria da Socio Aderente a Socio Ordinario**

Il/la sottoscritto/a, dott./dott.ssa \_\_\_\_\_,  
richiede con la presente al Presidente della Società Italiana di Medicina Estetica (SIME) il passaggio da Socio Aderente a Socio Ordinario in quanto in possesso dei requisiti necessari come indicati nello Statuto e meglio specificati nel Regolamento.

Nello specifico il sottoscritto dichiara quanto segue:

- di avere intrapreso e completato il percorso specifico completo in Medicina Estetica: scuola quadriennale, master universitario (specificare il percorso intrapreso) \_\_\_\_\_;
- di avere partecipato attivamente alle principali attività istituzionali della SIME;
- di essere in regola con le quote associative;
- di non essere stato destinatario di censure scritte da parte del Consiglio Direttivo;
- di non essere stato sottoposto a procedimenti disciplinari da parte della SIME ovvero di altra associazione o società scientifica di cui il richiedente è socio;
- di non essersi reso responsabile di alcuna delle condotte indicate nel presente regolamento al successivo articolo 4.

Il sottoscritto è consapevole che l'accettazione della presente domanda di passaggio di categoria verrà trasmessa a cura del Presidente della SIME alla Assemblea che provvederà a deliberare sull'ammissione nella prima riunione utile e ne darà comunicazione al sottoscritto nei 10 (dieci) giorni successivi l'adunanza.

Il sottoscritto si impegna a rispettare gli scopi e le attività istituzionali della SIME, a partecipare alle attività dell'Associazione, ad osservare lo Statuto, i Regolamenti ed il Codice Etico.

Il sottoscritto allega:

- curriculum vitae contenente le tappe di maturazione scientifica e le indicazioni quantitative della propria attività professionale svolta nel campo della Medicina Estetica e dichiara che tutto quanto riportato nella presente domanda di iscrizione così come nel curriculum vitae corrisponde al vero.
- Copia del diploma di Scuola Quadriennale di Medicina Estetica o di Master Universitario.

La presente domanda viene controfirmata da 2 (due) Soci Ordinari come previsto dallo Statuto e dal Regolamento generale SIME.

Distinti Saluti,

Il socio richiedente

Firma \_\_\_\_\_

I soci presentatori

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_