



Domanda d'esame FAILAC

Da inviare alla attenzione della Segreteria
della Accademia Italiana Lenti a Contatto A.I.LAC
Via G.B.Bodoni, 6 00153 Roma
Tel e Fax 06/57133143
WEB: www.ailac.org
EMAIL: segreteria@ailac.org

Alla commissione per l'esame di Socio Accreditato di AILAC

Il sottoscritto (cognome, nome): _____

iscritto in qualità di socio Ordinario ad AILAC da 2 anni (Numero Progressivo: _____)

chiede di sostenere alla prossima sessione prevista a Roma il 9 Marzo 2008 l'esame di socio Accreditato (Fellow) di AILAC, relativamente alle prove:

- 1 Prova scritta con N. 60 domande con risposta a scelta multipla
- 2 Preparazione scritta e discussione di un caso di applicazione di lenti a contatto
- 1+2 Prova scritta con N. 60 domande con risposta a scelta multipla + Preparazione scritta e discussione di un caso di applicazione di lenti a contatto

Allega alla presente elenco dei requisiti curriculari per il calcolo dei crediti.

(La segreteria si riserva di richiedere copia dei documenti curriculari dichiarati entro il 2 Marzo)

Data:

Firma:

Spese di Segreteria per sostenere l'esame Euro 30,00

- Contanti
- Allego bonifico a favore della AILAC sul c/c n.3377 del Credito Artigiano Ag. n.7 di Roma, ABI 03512 CAB 03207
- Allego assegno non trasferibile (intestato alla AILAC)

Con la compilazione di questo tagliando autorizzo la Accademia Italiana Lenti a Contatto A.I.LAC a inserire/mantenere i miei dati negli elenchi e ad usarli per le attività sociali della stessa nel rispetto di quanto disposto dalla legge n. 196 del 30-06-2003 in materia di dati personali. I dati rilasciati possono essere modificati, aggiornati o cancellati a seguito di semplice comunicazione