

**SISS- Società Italiana per lo Studio dello Stroke**  
**Richiesta d'Iscrizione**



**Dati Personali**

**Dr/Prof:** \_\_\_\_\_

**Professione:** \_\_\_\_\_

**\*Nome e Cognome:** \_\_\_\_\_

**\*Indirizzo:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**\*CAP:** \_\_\_\_\_

**\*Città:** \_\_\_\_\_ **\*Provincia:** \_\_\_\_\_

**E-mail:** \_\_\_\_\_

**Telefono:** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_

**Denominazione Struttura di Lavoro:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Telefono Lavoro:** \_\_\_\_\_

**Posizione:** *(sottolinea la tua scelta)* Professore ordinario / Dirigente I° livello / Dirigente II° livello / Professore Associato / Ricercatore / Dottorando / Specializzando / Altro

**Area di Attività Clinica:** *(sottolinea la tua scelta)* Neurologia / Neurofisiopatologia / Medicina Interna / Geriatria / Anestesiologia / Neurochirurgia / Altro

**Se vuoi puoi rispondere anche alle seguenti informazioni richieste:**

**Organizzazione Struttura di Lavoro:** *(sottolinea la/le tue scelte)*

*Esiste una Stroke Unit o un ambulatorio per le malattie cerebrovascolari nella vostra struttura, specificare:*

Stroke Unit / Reparto / Ambulatorio Dedicato / Ambulatorio Generale

Persone dedicate Nr: \_\_\_\_\_

Visite/Mese Nr: \_\_\_\_\_

Visite Urgenze/Mese Nr: \_\_\_\_\_

Ricoveri per Stroke/Anno Nr: \_\_\_\_\_

**Strumentazioni Disponibili:** *(sottolinea la/le tue scelte)*

*Neurosonologia:*

Doppler Transcranico / Ecodoppler dei vasi Epiaortici / Potenziali evocati / EEG / Laboratorio Neurochimica / Laboratorio Neuropsicologia / Laboratorio Psicopatologia / Altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# SISS- Società Italiana per lo Studio dello Stroke

## Richiesta d'Iscrizione



**Ricerca:** *(sottolinea la/le tue scelte)*

*Attività di ricerca eventualmente svolte dal gruppo con cui lavora:*

Studi Epidemiologici / Studi Genetici / Studi Biochimici / Studi Modelli  
Sperimentali / Studi Neurofisiologici / Studi Neuropsicopatologici /  
Studi Psicopatologici / Altro: \_\_\_\_\_

**Trial a cui sta partecipando:** *(sottolinea la/le tue scelte)*

Farmaci per la fase acuta / Farmaci di Profilassi / Altro: \_\_\_\_\_

**Richiesta di Collaborazioni Tematiche:** *(sottolinea la/le tue scelte)*

Epidemiologia / Genetica / Biochimica / Neurofisiopatologia / Neuropsicopatologia /  
Psicopatologia / Clinica / Protocolli Farmacologici / Altro: \_\_\_\_\_

## **Quota di iscrizione Euro 40,00**

*Autorizzo la S.I.S.S. (Società Italiana per lo Studio dello Stroke), ad inserire i dati sopra riportati nelle proprie liste per invio di materiale informativo, pubblicitario o promozionale. In ogni momento a norma dell'art. 12 legge 675/96 potrò aver accesso ai miei dati, chiederne la modifica, la cancellazione oppure oppormi al loro utilizzo per altre occasioni.*

**Compilare ed inviare in allegato ad [info@sistroke.org](mailto:info@sistroke.org)**

L'iscrizione è da considerarsi valida dopo verifica del pagamento della quota di iscrizione tramite BONIFICO BANCARIO INTESTATO A:

---

SISS – Società Italiana per lo Studio dello Stroke, QUOTA ASSOCIATIVA  
CF: 94092520546

Banca Intesa – Sanpaolo spa Agenzia Genova 7-4124

P.zza L. da Vinci 9/R, Genova

C/C: 6250197565-09

ABI: 03069

CAB: 01495

IBAN IT87 X030 6901 4956 2501 9756 509

SWIFT BCITIT22032