



MODULO DI RICHIESTA DI PARTECIPAZIONE CADAVER LAB – CHIRURGIA DELLA SPALLA

Riservato agli Specializzandi in Ortopedia e Traumatologia

Evento: SHOULDER 360° EUROPE 2026

Data: 23 ottobre 2026

Orario: dalle ore 08:30 alle ore 10:30

Sede: Truck Arthrex - Cadaver Lab –T Hotel, Lamezia Terme

Coordinatori Scientifico: Prof. Filippo Familiari e Dr. Valerio Mastroianni

DATI DEL PARTECIPANTE

Cognome e Nome:.....

Data di nascita: ____ / ____ / _____ Luogo di nascita:.....

Codice Fiscale:.....Indirizzo di residenza:.....

CAP:Città:Provincia:

Telefono cellulare:..... E-mail:.....

DATI PROFESSIONALI:

Scuola di Specializzazione in Ortopedia e Traumatologia presso:

Università:

Anno di Specializzazione:

☐ I anno ☐ II anno ☐ III anno ☐ IV anno ☐ V anno

Direttore della Scuola di Specializzazione:

Firma e Data:.....

Inviare il modulo a: vmastroianni@yahoo.it // info@studiogest.net