

**Domanda per l'attivazione di una Fellowship SIMRI**

**1. Socio Junior SIMRI che presenta la domanda**

Dr./Dr.ssa	
Data e luogo di nascita	
Residente a	
Codice Fiscale	
Anno di Laurea	
Specializzazione	
Data di conseguimento specializzazione	
Dottorato di Ricerca	
Data di conseguimento dottorato	
Anno di iscrizione Socio SIMRI	
Sede lavorativa	
Telefono	
E-mail	

**2. Ambito di interesse nel quale si vuole svolgere la Fellowship (scegliere uno o più tra):**

- Clinico
- Epidemiologico
- Sperimentale

**3. Keywords (massimo 3)**

--	--	--

**4. Background (massimo 1000 parole)**

**5. Sede accettante comprensiva di indirizzo**

**6. Referente presso la sede accettante (dati e recapiti)**

**7. Scopo e obiettivi della fellowship (massimo 300 parole)**

**8. Attività prevista presso la sede accettante (massimo 300 parole)**

**9. Specificare le motivazioni che hanno spinto a scegliere la sede accettante (massimo 200 parole)**

**10. Illustrare le ricadute previste sul percorso formativo e/o di ricerca del socio (massimo 200 parole)**

**11. Durata della Fellowship e data di inizio indicativa**

**N.B. Sarà obbligatorio inviare un report, a metà del percorso della Fellowship, al Presidente SIMRI al fine di verificare l'attività effettivamente svolta dal socio.**



**CONSIGLIO DIRETTIVO SIMRI**

**Presidente**  
Fabio Midulla  
Roma

**Vicepresidente**  
Massimo Landi  
Torino

**Tesoriere**  
Elisabetta Bignamini  
Torino

**Consiglieri**  
Maria Elisa Di Cicco  
Pisa

Salvatore Leonardi  
Catania

Antonio Augusto Niccoli  
Frosinone

Maria Francesca Patria  
Milano

Martino Pavone  
Roma

Giampaolo Ricci  
Bologna

**Dir. Pneumologia Pediatrica**  
Stefania La Grutta  
Palermo

**Responsabile Sito Web**  
Giancarlo Tancredi  
Roma

**Referente Forum Junior Members**  
Michele Ghezzi  
Milano

**Revisione dei conti**  
ACR Associati Consulenti Revisori Srl  
Via Principe Amedeo 12 – Torino  
C.F.: 06925350016  
Iscritta al registro dei  
revisori legali al n. 118536

**SEGRETERIA ESECUTIVA**

**center**  
comunicazione  
e congressi

Via G. Quagliariello, 27  
80131 Napoli  
Tel. 081 19578490  
Fax 081 19578071  
segreteria@simri.it - www.simri.it

## Conflict of Interest Disclosure Form

**Note:** A potential or actual conflict of interest exists when commitments and obligations are likely to be compromised by the nominator(s)' other material interests, or relationships (especially economic), particularly if those interests or commitments are not disclosed.

This Conflict of Interest Form should indicate whether the nominator(s) has an economic interest in, or acts as an officer or a director of, any outside entity whose financial interests would reasonably appear to be affected by the addition of the nominated condition to the newborn screening panel. The nominator(s) should also disclose any personal, business, or volunteer affiliations that may give rise to a real or apparent conflict of interest. Relevant Federally and organizationally established regulations and guidelines in financial conflicts must be abided by. Individuals with a conflict of interest should refrain from nominating a condition for screening.

Date: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Position: \_\_\_\_\_

Please describe below any relationships, transactions, positions you hold (volunteer or otherwise), or circumstances that you believe could contribute to a conflict of interest:

I have no conflict of interest to report.

I have the following conflict of interest to report (please specify other nonprofit and for-profit boards you (and your spouse) sit on, any for-profit businesses for which you or an immediate family member are an officer or director, or a majority shareholder, and the name of your employer and any businesses you or a family member own:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

I hereby certify that the information set forth above is true and complete to the best of my knowledge.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_