



associazione nazionale dentisti italiani

# RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Sezione di \* \_\_\_\_\_

Regione \_\_\_\_\_

## DATI ANAGRAFICI

Titolo \* Dott.  Dott.ssa  Prof.  Prof.ssa  Sig.  Sig.ra

Cognome \* \_\_\_\_\_ Nome \* \_\_\_\_\_

Luogo di Nascita \* \_\_\_\_\_ Provincia \* \_\_\_\_\_ Data di nascita \* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Codice Fiscale \* \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

## CONTATTI

E-Mail \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

PEC (Indirizzo di posta elettronica certificata) \_\_\_\_\_

Modalità di Pagamento: RID  Ri.Ba  MAV  Bonifico  Assegno  Contanti

Banca d'appoggio \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Laurea in \*: Medicina  Odontoiatria  Studente

Conseguita il \*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Presso Università di \*\* \_\_\_\_\_

Specialità in: \_\_\_\_\_ Conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

2° specialità in: \_\_\_\_\_ Conseguita il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Titoli Accademici: \_\_\_\_\_

Iscritto all'Ordine Prov. Medici Chirurghi e Odontoiatri di \*\* \_\_\_\_\_

Albo Odontoiatri: Data di iscrizione \*\* \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ N. iscrizione \*\* \_\_\_\_\_

Albo Medici: Iscritto Albo Medici  Anno di iscrizione \_\_\_\_\_ N. iscrizione \_\_\_\_\_

Iscritto ad altri Enti: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_

Esercizio Professionale:  Libero Professionista  Ospedaliero  Universitario  Convenzionato  Ambulatoriale  Altro

Eventuale altra branca non odontoiatrica esercitata: \_\_\_\_\_

Selezionare una sola delle seguenti opzioni (in base all'art. 3 del Regolamento): \*\*

- Esercizio esclusivo della professione
- Non esercizio esclusivo della professione
- Esercizio esclusivo o non esclusivo ed iscrizione ad altro sindacato odontoiatrico o ad altre associazioni di categoria con finalità politico sindacali in ambito odontoiatrico. Indicare il nome dell'altro sindacato o associazione: \_\_\_\_\_

Allegati:  (LAUREATI) certificato di iscrizione all'Ordine Provinciale dei Medici Chirurghi ed Odontoiatri di \_\_\_\_\_

(STUDENTI) certificato dell'Università di \_\_\_\_\_ (città: \_\_\_\_\_) attestante la mia iscrizione al Corso di Laurea in Odontoiatria

RECAPITI (spuntare il recapito preferenziale per il ricevimento della corrispondenza) \*

Indirizzo studio principale: Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Indirizzo secondo studio: Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Indirizzo abitazione: Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_

CAP \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

- \* **Dichiaro** di non essere stato condannato con sentenza passata in giudicato, anche a seguito di applicazione della pena su richiesta ai sensi dell'art. 444 cpp, per il reato di concorso nell'esercizio abusivo della professione odontoiatrica
- \* **Dichiaro** di non essere decaduto per morosità nei 3 anni che precedono questa domanda di iscrizione
- \* **Dichiaro** che mi è stata consegnata la copia dello Statuto e del Regolamento ANDI di cui ho preso completa visione e che mi impegno a rispettare

Firma richiedente \_\_\_\_\_

Dichiaro di avere preso conoscenza dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs.196/03 e dei diritti che mi spettano in forza dell'art. 7 del D.Lgs.196/03 e presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali che ANDI effettuerà, anche in forma elettronica e/o automatizzata, all'esterno e per ogni rapporto collegato a quello relativo all'adesione all'ANDI, purché inerente agli scopi istituzionali dell'Associazione. Autorizzo l'Associazione a trattare i miei dati in relazione a servizi associativi che possano essere realizzati con l'intervento di società e/o soggetti terzi rispetto al rapporto associativo. Presto il consenso inoltre per ogni forma di trattamento, ivi compresa la modificazione, l'integrazione e la cancellazione degli stessi. Prendo atto che il titolare del trattamento dei dati ha adottato idonee misure di sicurezza sulla tutela della riservatezza dei miei dati.

Firma per presa visione \_\_\_\_\_

## A CURA DELLA SEZIONE PROVINCIALE

Data di presentazione della domanda \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data delibera \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data pagamento quota \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Qualifica:  ordinario  benemerito  a vita  onorario  uditore

Note \_\_\_\_\_

## Come hai conosciuto ANDI?

- Università
- Internet
- Social network
- Amici/familiari dentisti
- Corsi/convegni
- Altro [Specifica \_\_\_\_\_]

\* I campi contrassegnati da asterisco sono obbligatori ai fini dell'iscrizione.

\*\* I campi contrassegnati da due asterischi sono obbligatori per i laureati