



**RICHIESTA DI ISCRIZIONE**

Io sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ 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'estero 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 .....

**DATI ANAGRAFICI**

Sez. di \_\_\_\_\_ Regione \_\_\_\_\_

Titolo: Dott.  Prof.  Sig.

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

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

Codice Fiscale \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Partita I.V.A. \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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

Banca d'appoggio \_\_\_\_\_ C/C n. \_\_\_\_\_ ABI \_\_\_\_\_ CAB \_\_\_\_\_

Laurea in: Medicina  Odontoiatria

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

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

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

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

Iscritto all'Ordine Provinciale. dei Medici di: \_\_\_\_\_

Iscritto Albo Odontoiatri  Anno di iscrizione \_\_\_\_\_ Iscritto Albo Medici  Anno di iscrizione \_\_\_\_\_

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

Eercizio Professionale:  1 Libero Professionista  2 Ospedaliero  3 Universitario  4 Convenzionato  
 5 Ambulatoriale  6 Altro

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

**RECAPITI** (spuntare il recapito preferenziale per la 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 \_\_\_\_\_

Firma del richiedente .....

**A CURA DALLA SEZIONE**

Qualifica del socio :  effettivo quota intera  effettivo quota ridotta  benemerito  aggregato  a vita  onorario  uditore (studenti)

scadenza quota ridotta (per neolaureati) \_\_\_\_\_ data di pagamento quota \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ numero di ricevuta \_\_\_\_\_

data di presentazione della domanda \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ data della delibera \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

note \_\_\_\_\_