



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 documentate e chiare finalità politico sindacali in ambito odontoiatrico. Indicare il nome: _____

Allegati: (LAUREATI) certificato o autocertificazione 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 che mi è stata consegnata la copia dello Statuto, del Regolamento e del Codice Etico 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