

Sezione di* _____

Regione _____

INFORMAZIONI PERSONALI

Titolo* Dott. Dott.ssa Prof. Prof.ssa Sig. Sig.ra Sesso: M F

Cognome* _____ Nome* _____

Luogo di Nascita* _____ Provincia* _____ Data di nascita* ____/____/____

Codice Fiscale* _____ Partita IVA* _____

CONTATTI

E-mail* _____ Cellulare* _____

Email PEC _____ Seconda Email _____

MODALITÀ DI PAGAMENTO

SDD (ex RID) Ri.ba MAV Bonifico Assegno Contanti CCP POS

Banca di appoggio _____ IBAN _____

ISTRUZIONE E FORMAZIONE

Laurea in: Medicina Odontoiatria Studente

Presso l'Università di _____ Conseguita il ____/____/____

1° Specializzazione _____ Conseguita il ____/____/____

2° Specializzazione _____ Conseguita il ____/____/____

Titoli Accademici _____

ISCRIZIONE ORDINE E ALBO

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

Albo Odontoiatri: Data di iscrizione** ____/____/____ Numero Iscrizione _____

Albo Medici: Iscritto Albo Medici Anno di iscrizione _____ N. iscrizione _____

Iscritto ad altri Enti: 1° _____ 2° _____ 3° _____

ESERCIZIO PROFESSIONALE**

I dati degli studi verranno richiesti solo per coloro che risultano titolari o soci di società o studi associati, quindi Ti invitiamo, in base al tipo di esercizio professionale scelto, ad inserire correttamente i dati, alla voce "STUDI" (riferimento alle pagine: 2, 3 e 4).

Titolare Socio di studio associato Socio di una società (Stp, Srl, Sas, Snc ...)

Collaboratore o consulente Dipendente di studi privati Convenzionato con SSN/SSR

Eserciti in Ospedale o Università - *Specifica Ospedale o Università:* _____

Altro - *Specifica:* _____

Discipline esercitate dal Socio:

Chirurgia orale Igiene orale Patologia orale

Conservativa Impantologia Protesi fissa

Endodonzia Odontoiatria Infantile Protesi mobile o rimovibile

Estetica Ortodonzia Altro Specifica _____

Gnantologia Parodontologia

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 di _____

(STUDENTI) certificato di iscrizione all'Università di _____ (città: _____)

INDIRIZZO ABITAZIONE

Per tutti gli esercizi professionali che non prevedono l'inserimento degli indirizzi degli studi, è necessario compilare l'indirizzo dell'abitazione* (Collaboratore-Consulente e/o Dipendente, Esercita in Ospedale-Università, o Convenzionato con SSN o Altro)

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

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

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

STUDI

TITOLARE DI STUDIO

1° STUDIO: Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

2° STUDIO: Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

3° STUDIO: Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

COLLABORATORE - CONSULENTE E/O DIPENDENTE

1° STUDIO: All'interno dello studio sei: Collaboratore - Consulente Dipendente

Di che tipologia è lo studio?

Studio libero professionale, di che tipo? Studio monoprofessionale Studio associato

Studio in forma societaria, di che tipo? Stp Srl Snc Sas Altro (Specifica): _____

Il rappresentante legale dello studio è iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativo*¹: _____

Il direttore sanitario dello studio è iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativo*¹: _____

Lo studio ha il titolare o almeno un altro socio iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativi*¹: _____

2° STUDIO: All'interno dello studio sei: Collaboratore - Consulente Dipendente

Di che tipologia è lo studio?

Studio libero professionale, di che tipo? Studio monoprofessionale Studio associato

Studio in forma societaria, di che tipo? Stp Srl Snc Sas Altro (Specifica): _____

Il rappresentante legale dello studio è iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativo*¹: _____

Il direttore sanitario dello studio è iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativo*¹: _____

Lo studio ha il titolare o almeno un altro socio iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativi*¹: _____

3° STUDIO: All'interno dello studio sei: Collaboratore - Consulente Dipendente

Di che tipologia è lo studio?

Studio libero professionale, di che tipo? Studio monoprofessionale Studio associato

Studio in forma societaria, di che tipo? Stp Srl Snc Sas Altro (Specifica): _____

Il rappresentante legale dello studio è iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativo*¹: _____

Il direttore sanitario dello studio è iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativo*¹: _____

Lo studio ha il titolare o almeno un altro socio iscritto ad ANDI?* NO SÌ - *Nominativi*¹: _____

1- Per nominativo si intende nome, cognome, data di nascita se conosciuti

SOCIO DI UNA SOCIETÀ

1° STUDIO: Sei il rappresentante legale come da dichiarazione di inizio attività / richiesta partita IVA?* SÌ NO

Se non sei Tu, il rappresentante legale è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Sei il direttore sanitario?* NO SÌ

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Che tipo di società è? Stp Srl Snc Sas Altro - Specifica: _____

Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

2° STUDIO: Sei il rappresentante legale come da dichiarazione di inizio attività / richiesta partita IVA?* SÌ NO

Se non sei Tu, il rappresentante legale è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Sei il direttore sanitario?* NO SÌ

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Che tipo di società è? Stp Srl Snc Sas Altro - Specifica: _____

Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

3° STUDIO: Sei il rappresentante legale come da dichiarazione di inizio attività / richiesta partita IVA?* SÌ NO

Se non sei Tu, il rappresentante legale è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Sei il direttore sanitario?* NO SÌ

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Che tipo di società è? Stp Srl Snc Sas Altro - Specifica: _____

Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

SOCIO DI STUDIO ASSOCIATO

1° STUDIO: Sei il socio indicato come rappresentante legale nella dichiarazione di inizio attività / richiesta partita IVA?* SÌ NO

Se non sei Tu, il rappresentante legale è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Quanti sono i Soci dello studio escluso te?*

Gli altri soci sono soci ANDI?* NO SÌ - Nominativi¹ _____

Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

1° STUDIO: Sei il socio indicato come rappresentante legale nella dichiarazione di inizio attività / richiesta partita IVA?* SÌ NO

Se non sei Tu, il rappresentante legale è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Quanti sono i Soci dello studio escluso te?*

Gli altri soci sono soci ANDI?* NO SÌ - Nominativi¹ _____

Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

1° STUDIO: Sei il socio indicato come rappresentante legale nella dichiarazione di inizio attività / richiesta partita IVA?* SÌ NO

Se non sei Tu, il rappresentante legale è socio ANDI?* NO SÌ - Nominativo¹ _____

Quanti sono i Soci dello studio escluso te?*

Gli altri soci sono soci ANDI?* NO SÌ - Nominativi¹ _____

Ragione Sociale _____ Partita IVA _____

Via _____ Città _____ Cap _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____ E-Mail _____

1- Per nominativo si intende nome, cognome, data di nascita se conosciuti

COME HAI CONOSCIUTO ANDI?

- Università
 Internet
 Social network
 Amici/familiari dentisti
 Corsi/convegni
 Altro Specifica _____

A CURA DELLA SEZIONE PROVINCIALE

Data di presentazione domanda ____/____/____
 Data delibera ____/____/____
 Data pagamento quota ____/____/____

Qualifica

<input type="radio"/> Ordinario	<input type="radio"/> Benemerito	<input type="radio"/> A vita	<input type="radio"/> Onorario	<input type="radio"/> Uditore (Studenti)
<input type="radio"/> Ordinario A (Esercizio esclusivo della professione)	<input type="radio"/> Benemerito Ordinario A			
<input type="radio"/> Ordinario B (Non esercizio esclusivo della professione)	<input type="radio"/> Benemerito Ordinario B			
<input type="radio"/> Ordinario C (Esercizio esclusivo o non esclusivo ed iscrizione ad altro sindacato odontoiatrico o ad altre associazioni di categoria con finalità politico sindacali in ambito odontoiatrico)	<input type="radio"/> Benemerito Ordinario C			

Note: _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI

Desideriamo informarLa che il D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali.

Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Ai sensi dell'articolo 13 del D.lgs. n.196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

- I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: gestione di tutti i rapporti con l'Associazione, convocazione assemblee, partecipazione agli incontri associativi e ogni altro adempimento connesso alle previsioni statutarie; divulgazione di informazioni di natura politica e sindacale; invio di materiale informativo e newsletter; indagini di opinione e statistiche relative in forma anonima. Il conferimento dei dati è obbligatorio al fine di consentirle la partecipazione alla vita associativa dell'Associazione; l'eventuale rifiuto a fornire tali dati potrebbe comportare la totale o parziale esclusione da tali attività. Essi potranno essere comunicati a soggetti terzi fornitori di servizi di elaborazione dati, consulenza contabile, fiscale e del lavoro inerenti o connessi all'attività svolta dalla nostra associazione.
- Il trattamento sarà effettuato con le seguenti modalità: manuali ed informatiche, dai soggetti incaricati.
- I dati trattati dalla nostra Associazione potranno essere utilizzati per proporvi attività ed iniziative che l'Associazione reputa di Suo interesse e gradimento, anche offerte da soggetti terzi. I dati trattati dalla nostra Associazione saranno comunicati per fine promozionale a soggetti terzi solo previo Suo consenso.
- I dati anagrafici e degli studi potranno essere oggetto di diffusione ai fini di rendere pubblici gli elenchi dei professionisti, per la consultazione online da parte degli utenti web o su carta stampata.
- Il titolare del trattamento è: ANDI – Associazione Nazionale Dentisti Italiani, Lungotevere Sanzio 9 - 00153 - Roma.
- Il responsabile del trattamento è il Presidente Nazionale ANDI.
- La segreteria provinciale ANDI e l'esecutivo provinciale e regionale ANDI sono incaricati.
- In ogni momento il Socio potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento ai sensi dell'art.7 del D.lgs.196/2003, inviando una raccomandata A/R presso la sede legale di ANDI, oppure inviando un'email a qualita@andinazionale.it
- Per ulteriori informazioni diritti sulla privacy può essere visitato il sito web dell'Autorità Garante per la protezione dei dati personali all'indirizzo <http://www.garanteprivacy.it/>

Presto il mio consenso al trattamento dei dati personali per i fini indicati al punto 1 dell'informativa

- Do il mio consenso
 Nego il mio consenso

Presto il mio consenso per la comunicazione dei dati personali per le finalità ed ai soggetti indicati ai punti 3 e 4 dell'informativa

- Do il mio consenso
 Nego il mio consenso

Data, Luogo _____

Firma _____