

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