

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 mono professionale 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 mono professionale 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 mono professionale 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

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 (Studente)
<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 PRIVACY AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO UE 2016/679

Premessa

ANDI (Associazione Nazionale Dentisti Italiani) è un sindacato di categoria dei dentisti, che svolge non solo attività sindacali, ma anche culturali e scientifiche.

L'informativa descrive le caratteristiche dei trattamenti svolti da ANDI sui Suoi dati personali e Le indica i diritti che la normativa Le garantisce.

L'informativa viene periodicamente aggiornata per adattarla alla normativa vigente o alle nuove modalità di trattamento dei dati personali.

Dati personali

▪ **Quali dati personali raccogliamo?**

ANDI raccoglie i seguenti dati:

- dati identificativi e di contatto (ad esempio nome e cognome, luogo e data di nascita, codice fiscale, indirizzo, numeri di telefono, indirizzo e-mail);
- dati fiscali;
- dati relativi alla formazione professionale e all'attività professionale svolta;
- dati finanziari;
- dati bancari;
- dati particolari (ad esempio appartenenza sindacale)

Il conferimento dei dati personali contrassegnati da asterisco nel modulo di iscrizione è obbligatorio.

▪ **Per quali finalità utilizziamo i Suoi dati personali?**

Trattiamo i dati personali per le seguenti finalità:

- formalizzare o rinnovare l'iscrizione all'Associazione ed erogare a Suo favore i servizi previsti dallo Statuto di ANDI (Base giuridica del trattamento: Contratto e art. 9 comma 2, lettera d) ;
- gestire tutti i rapporti con l'Associazione, effettuare le convocazioni alle assemblee, promuovere la Sua partecipazione agli incontri associativi e ogni altro adempimento connesso alle previsioni statutarie (Base giuridica del trattamento: Contratto e art. 9 comma 2, lettera d));
- promuovere e stipulare accordi e convenzioni a favore della categoria, come previsto dallo Statuto (Base giuridica del trattamento: Contratto);
- promuovere la formazione culturale e scientifica a favore dei propri iscritti (Base giuridica del trattamento: Contratto);
- espletare gli obblighi di legge e/o regolamentari di natura fiscale, amministrativa e contabile (Base giuridica del trattamento: Obbligo di legge);
- adempiere agli obblighi precontrattuali, contrattuali e fiscali relativi alla conclusione e/o all'esecuzione di contratti di cui Lei è parte in ragione della Sua iscrizione all'Associazione;
- rispondere a Sue specifiche richieste (Base giuridica del trattamento: Contratto e rapporto precontrattuale);
- inviare newsletter o comunicare a mezzo posta, email o telefono iniziative ed eventi promossi e/o sponsorizzati di natura commerciale (Base giuridica del trattamento: Consenso);
- somministrare questionari ed effettuare indagini di opinione (Base giuridica del trattamento: Consenso);

- comunicare a mezzo posta, email o telefono informazioni di natura sindacale attinenti alla vita associativa, alle attività statutarie di ANDI e ai vantaggi approntati per gli associati (Base giuridica del trattamento: Interesse legittimo);
- **Perché il trattamento che svolgiamo è legittimo?**

Il trattamento dei dati personali svolto da ANDI è legittimo perché si fonda sui seguenti elementi e circostanze:

- svolgimento di attività sindacale ex all'art. 9 comma 2, lettera d) GDPR;
- rapporto associativo instaurato con l'iscrizione richiesta dall'interessato (esecuzione contrattuale);
- consenso dell'interessato al trattamento (per le attività di comunicazione commerciale per iniziative non statutarie);
- interesse legittimo (comunicazioni di natura sindacale o relative ad attività statutarie)
- normativa nazionale e comunitaria applicabile all'attività svolta da ANDI.

L'interesse legittimo consiste nella necessità di far funzionare in modo efficiente, efficace e sostenibile l'Associazione, di svolgere attività informativa sui diritti degli associati e sulle iniziative intraprese a loro vantaggio, nell'interesse di gestire e offrire agli stessi i servizi previsti dallo Statuto di ANDI, nonché di poter far cogliere le opportunità derivanti dallo sviluppo delle relazioni tra gli associati, dalla condivisione di comuni esperienze e problematiche, dalla creazione di un senso appartenenza ad ANDI.

- **Con quali modalità ANDI tratta i Suoi dati personali e per quanto tempo li conserva?**

I Suoi dati personali sono trattati sia in modalità cartacea che elettronica.

ANDI conserva i Suoi dati personali solo per il tempo necessario al conseguimento delle finalità per le quali sono stati raccolti e fino alla scadenza del termine di prescrizione ex art. 2946 c.c.

Trascorso il termine, i dati conservati su supporto cartaceo sono materialmente distrutti, i dati contenuti su supporto digitale sono eliminati con procedura informatica, a meno che non esistano obblighi di legge specifici che ne impongano la conservazione ulteriore.

- **A chi comunichiamo i Suoi dati personali?**

All'interno di ANDI

Possono accedere ai Suoi dati personali i dipendenti e collaboratori che ne abbiano necessità per svolgere le attività statutarie proprie dell'Associazione. In particolare:

- il personale assegnato ai servizi amministrativi, per la gestione della Sua posizione;
- il personale nominato Responsabile o incaricato del trattamento, nei limiti delle funzioni assegnate.

I dipendenti e collaboratori di ANDI sono informati sulla importanza della tutela della riservatezza dei dati personali, sulla necessità di mantenere il massimo riserbo nel trattamento dei dati personali, sugli obblighi di utilizzo delle misure di sicurezza fisiche e informatiche disponibili, sulle responsabilità in tema di protezione dei dati personali.

All'esterno di ANDI

Alcuni Suoi dati personali potranno essere comunicati a soggetti esterni per la realizzazione delle attività dell'Associazione o per l'erogazione di un servizio previsto dallo Statuto di ANDI, come ad esempio:

- componenti degli organi associativi;
- soggetti che cooperano con ANDI in forza di accordi e convenzioni per l'erogazione di servizi e/o agevolazioni a favore degli iscritti.

Fornitori e consulenti esterni sono vincolati, tramite apposite clausole contrattuali, al rispetto delle specifiche istruzioni impartite da ANDI nonché della normativa vigente in materia di tutela della riservatezza dei dati personali.

Inoltre, i Suoi dati personali potranno essere comunicati ad Autorità, Enti ed Istituzioni qualora tale comunicazione avvenga in esecuzione di un obbligo normativo.

- **Quali sono i Suoi diritti come interessato al trattamento e come può esercitarli?**

Il Nuovo Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (2016/679) Le garantisce, come interessato al trattamento, specifici diritti, in particolare: il diritto di accesso ai Suoi dati personali (art. 15), il diritto di rettifica (art. 16), il diritto di cancellazione (diritto all'oblio) (art. 17), il diritto di limitazione di trattamento (art. 18), il diritto alla portabilità dei dati (art. 20), il diritto di opposizione (art. 21), il diritto di opporsi a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato (art. 22), il diritto di revocare il consenso prestato, il diritto di proporre reclamo all'Autorità Garante della protezione dei dati qualora ritenga che il trattamento dei Suoi dati sia contrario alla normativa in vigore.

Qualora volesse esercitare i Suoi diritti, per favore invii una email o scriva ai recapiti che trova nella sezione "Come può contattarci?", ANDI le risponderà entro un mese. Se non fosse possibile dare seguito la Sua richiesta, Le forniremo una spiegazione dettagliata sulle ragioni di fatto e di diritto che determinano tale impossibilità.

▪ **Come può contattarci?**

La presente informativa ha lo scopo di informarla su quali siano i Suoi dati personali raccolti da ANDI e come siano trattati. Se avesse bisogno di qualsiasi tipo di chiarimento, o qualora volesse esercitare i diritti sopra esposti, può contattarci ai seguenti indirizzi:

Associazione Nazionale Dentisti Italiani (C.F.: 96238930588) con sede legale in Roma, Lungotevere Sanzio 9; indirizzo di posta elettronica: servizioldpo@andinazionale.it

Il Titolare del Trattamento ha designato, ai sensi dell'art. 37 del GDPR, il Responsabile per la Protezione dei Dati, i cui dati di contatto sono: servizioldpo@andinazionale.it

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Con la sottoscrizione del presente modulo autorizzo ANDI a:

(facoltativo)

1. inviarmi newsletter o comunicarmi a mezzo posta, email o telefono iniziative ed eventi promossi e/o sponsorizzati di natura commerciale non direttamente riferibili all'attività Statutaria dell'Associazione:

SI NO

(facoltativo)

2. a somministrarmi questionari ed indagini di opinione:

SI NO

Data _____

Firma dell'interessato
