

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:**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Chirurgia orale | <input type="checkbox"/> Igiene orale           | <input type="checkbox"/> Patologia orale             |
| <input type="checkbox"/> Conservativa    | <input type="checkbox"/> Impantologia           | <input type="checkbox"/> Protesi fissa               |
| <input type="checkbox"/> Endodonzia      | <input type="checkbox"/> Odontoiatria Infantile | <input type="checkbox"/> Protesi mobile o rimovibile |
| <input type="checkbox"/> Estetica        | <input type="checkbox"/> Ortodonzia             | <input type="checkbox"/> Altro Specifica _____       |
| <input type="checkbox"/> Gnantologia     | <input type="checkbox"/> 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*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Il direttore sanitario dello studio è iscritto ad ANDI?\*  NO  SÌ  - *Nominativo*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Lo studio ha il titolare o almeno un altro socio iscritto ad ANDI?\*  NO  SÌ  - *Nominativi*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

**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*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Il direttore sanitario dello studio è iscritto ad ANDI?\*  NO  SÌ  - *Nominativo*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Lo studio ha il titolare o almeno un altro socio iscritto ad ANDI?\*  NO  SÌ  - *Nominativi*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

**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*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Il direttore sanitario dello studio è iscritto ad ANDI?\*  NO  SÌ  - *Nominativo*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

Lo studio ha il titolare o almeno un altro socio iscritto ad ANDI?\*  NO  SÌ  - *Nominativi*<sup>1</sup>: \_\_\_\_\_

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  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Sei il direttore sanitario?\*  NO  SÌ

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI?\*  NO  SÌ  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Sei il direttore sanitario?\*  NO  SÌ

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI?\*  NO  SÌ  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Sei il direttore sanitario?\*  NO  SÌ

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI?\*  NO  SÌ  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Quanti sono i Soci dello studio escluso te?\*

Gli altri soci sono soci ANDI?\*  NO  SÌ  - Nominativi<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Quanti sono i Soci dello studio escluso te?\*

Gli altri soci sono soci ANDI?\*  NO  SÌ  - Nominativi<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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  - Nominativo<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Quanti sono i Soci dello studio escluso te?\*

Gli altri soci sono soci ANDI?\*  NO  SÌ  - Nominativi<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

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](mailto: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 \_\_\_\_\_