

ANAGRAFICA	COGNOME		NOME	CODICE FISCALE
	DATA DI NASCITA		LUOGO DI NASCITA	PROVINCIA DI NASCITA
	TELEFONO	FAX	CELLULARE	E-MAIL
	INDIRIZZO DOMICILIO FISCALE: <i>(dato necessario alla fatturazione*)</i>		VIA	COMUNE
			CAP	PROV.
	INDIRIZZO CUI RICEVERE LA POSTA <i>(se diverso dal domicilio fiscale)</i>		VIA	COMUNE
C/O		CAP	PROV.	

* La fattura verrà intestata direttamente al professionista, come previsto dalla legge e dallo statuto dell'associazione, anche se il pagamento è stato effettuato da altro titolare o azienda.

TITOLO	TITOLO CONSEGUITO <i>(allegare copia del titolo)</i>		CON RAPPORTO DI LAVORO	
	<input type="checkbox"/> MECCANICO ORTOPEDICO ERNISTA <input type="checkbox"/> LAUREA VOTO _____ su _____ <input type="checkbox"/> ALTRO _____		<input type="checkbox"/> DIPENDENTE <input type="checkbox"/> TITOLARE <input type="checkbox"/> SOCIO <input type="checkbox"/> LIBERO PROFESSIONISTA <input type="checkbox"/> NON ESERCITO LA PROFESSIONE	

CREDITI ECM	CREDITI FORMATIVI ECM CONSEGUITI <i>(scrivere il numero ed inviare le copie degli attestati)</i> I crediti indicati sono quelli documentati nella nostra banca dati.				
	Anno 2002 _____	Anno 2005 _____	Anno 2008 _____	Anno 2011 _____	Anno 2014 _____
	Anno 2003 _____	Anno 2006 _____	Anno 2009 _____	Anno 2012 _____	Anno 2015 _____
	Anno 2004 _____	Anno 2007 _____	Anno 2010 _____	Anno 2013 _____	Anno 2016 _____

CHIEDE

di essere iscritto

di rinnovare l'iscrizione

SI PREGA DI INVIARE
EVENTUALI DATI MANCANTI
E RELATIVE COPIE DEGLI
ATTESTATI.

all'Associazione ANTOI Albo Nazionale Tecnici Ortopedici Italiani. Dichiara di accettare i relativi Statuto e Regolamento e di impegnarsi, anche direttamente, per la realizzazione degli scopi di difesa e di miglioramento della professione.

Dichiara inoltre, sotto la propria personale responsabilità e a norma delle leggi vigenti

- 1) di avere la cittadinanza italiana o di uno Stato UE *(indicare quale)* _____
- 2) di godere di tutti i diritti civili
- 3) di avere condotta irreprensibile
- 4) di essere in possesso del titolo di abilitazione alla professione di Tecnico Ortopedico
- 5) di essere a conoscenza delle sanzioni previste dallo Statuto in materia di sospensione e di cancellazione dall'Albo tenuto dall'Associazione ANTOI per mancato versamento dei contributi associativi.
- 6) di prendere atto che l'utilizzo dei propri dati personali da parte dell'Albo sarà conforme alle norme in materia di privacy (L.196/03) e dichiara di autorizzare l'Associazione all'utilizzo dei propri dati personali, forniti personalmente all'atto dell'iscrizione e di consentire il trasferimento degli stessi a soggetti di utilità pubblica.
- 7) di consentire di diffondere i propri riferimenti quale soggetto abilitato all'esercizio della tecnica ortopedica attraverso il sito web www.antoi.it SI NO

Data.....

Firma

ALLEGARE :

- Copia del versamento effettuato (vedi i dati sul foglio "Come iscriversi");
- Copia dei crediti formativi conseguiti mancanti;
- Fotocopia del titolo abilitante la professione se non in nostro possesso;
- Fotocopia del documento di identità se quello in nostro possesso è scaduto;
- 2 fotografie formato tessera.

Compilare il presente modulo ed inviarlo con gli allegati previsti a:

ANTOI – Via Rimini, 7 – 40128 Bologna
Tel. 051/21.33.371 - Fax. 051/21.33.370
Email: info@antoi.it