

Dati personali

COGNOME		NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA		
CF		
RESIDENTE IN: VIA-CAP-CITTA-PROV		
TEL	FAX	CELL.
MAIL (dati obbligatori)		
PEC		

Dati professionali

TITOLO PROFESSIONALE RICHIESTO PER L'ISCRIZIONE (Allegare copia del titolo conseguito):

SCUOLA REGIONALE TRIENNALE (1) DIPLOMA UNIVERSITARIO (2) - LAUREA (3) - LAUREA SPECIALISTICA TITOLO ESTERO (4) **ISCRIZIONE ALL'ORDINE TSRM-PSTRP**

ORDINE PROVINCIALE _____ NUMERO D'ORDINE _____

Dati aziendali

C/O ORTOPEDIA:		
VIA - CAP-CITTA'-PROV		
TEL	FAX	CELL.
MAIL e PEC		

Quota associativa

€ 30,00

IBAN: IT 34 S 05696 03213 0000 0652 4X08 - Intestato ad ANTOI - BANCA POPOLARE DI SONDRIO - ROMA
AGENZIA N. 13 APPIO - Causale di versamento: "iscrizione anno 2020" - indicare nominativo.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, presa visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati medesimi sul sito web di ANTOI (www.antoi.it) redatta ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed art. 13 Regolamento UE 679/2016

DATA _____ FIRMA _____

Allegare al presente modulo: FOTO TESSERA - FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' E FOTOCOPIA DEL TITOLO PROFESSIONALE CONSEGUITO (in rilasciato ai sensi dell'art. 140, del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

(2) Diploma universitario di tecnico ortopedico di cui al decreto del Ministro della sanita' 14 settembre 1994, n. 665.

(3) Diploma di Laurea in Tecniche Ortopediche ai sensi della Legge 10 agosto 2000, n. 251.

(4) Titolo professionale estero che ha ottenuto il decreto di riconoscimento da parte del Ministero della Salute.