



## Modulo di richiesta di adesione per l'anno 2011 al

### IO SOTTOSCRITTO

#### Dati generali indispensabili ai fini ECM

COGNOME		NOME		
Qualifica (vedi legenda)	Nato a	Provincia	In data	
Isritto a (albo/ordine)	della provincia	con numero		
Via/Piazza	N° civico	Città	Provincia	CAP (esatto)
Codice fiscale (una cifra per ogni casella)			Telefono	
Email			Cellulare	

#### Si desidera ricevere la corrispondenza presso un altro indirizzo?

Si  No (Se si completare)

Intestazione studio o società (se non indicato verrà utilizzato il cognome e nome)				
Via/Piazza	N° civico	Città	Provincia	CAP (esatto)

#### Le fatture vanno intestate a un soggetto diverso rispetto a quello indicato al primo punto?

Si  No (Se si completare)

Intestazione studio o società (se non indicato verrà utilizzato il cognome e nome)				
Via/Piazza	N° civico	Città	Provincia	CAP (esatto)
Partita IVA (una cifra per ogni casella)			Telefono	Telefax

**Chiedo di essere iscritto al Cenacolo Odontostomatologico COI SEZIONE CATANIA  
Dichiaro di conoscere e condividere le finalità dell'Associazione e di accettarne lo Statuto**

Firma .....

Data .....

#### INFORMATIVA PER LA TUTELA DELLA PRIVACY

In riferimento al decreto legislativo 30 giugno 2003, n. 196 - Codice in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che:

- art. 7 – comma 2 – lettera a) - i dati in nostro possesso sono stati da noi raccolti o tramite scheda di iscrizione all'associazione o all'atto della Sua iscrizione ad un evento promosso da COI-AIOG o, ancora, da elenchi di pubblico dominio o comunque reperibili sul mercato
- art. 7 – comma 2 – lettera b) - i dati di cui sopra sono stati inseriti nella banca dati informatica dell'associazione relativa ai soci e/o clienti di attività formative e saranno utilizzati ai fini di una corretta gestione del suo rapporto con l'associazione: eventuale iscrizione associativa; rispetto dei requisiti ECM per la Sua partecipazione ai nostri eventi; emissione di documenti amministrativi; diffusione di informazioni sulla nostra attività.
- art. 7 – comma 2 – lettera c) - i dati di cui sopra sono accessibili solo a livello di Segreteria Nazionale dell'associazione e a livello di Sede Territoriale di competenza
- art. 7 – comma 2 – lettera d) - Titolare del trattamento dei dati personali è il Presidente Nazionale dell'associazione dottoressa CANNAROZZO MARIA GRAZIA ; Responsabile del trattamento dei dati personali è il Segretario Nazionale dell'associazione signor PALERMA CLAUDIO
- art. 7 – comma 2 – lettera e) - il complesso dei Suoi dati anagrafici potrà essere: comunicato al Ministero della Salute per quanto di competenza del progetto ECM; da noi utilizzato durante lo svolgimento della nostra attività istituzionale (comunicazione e diffusione elenchi soci / partecipanti; rapporti con commercialisti e altre associazioni professionali e attività in genere legate alla vita associativa) e, se richiesto, consegnato agli sponsor degli eventi cui avete partecipato.
- art. 8 – Lei può esercitare tutti i diritti di cui all'art. 7 – comma 3, tra i quali citiamo la cancellazione, l'aggiornamento e la rettifica dei dati con richiesta rivolta senza formalità al titolare o al responsabile, anche per il tramite di un incaricato, alla quale è fornito idoneo riscontro senza ritardo.

La firma posta in calce a questa informativa costituisce autorizzazione al trattamento dei Suoi dati.

Firma.....

E-mail [mg.cannarozzo@alice.it](mailto:mg.cannarozzo@alice.it)

Quote associative : Medico/Odontoiatra € 150,00 / Odontotecnico € 70,00 / Assistente € 50,00 / Igienista € 70,00 / Studente € 20,00

Intestare bonifico o assegno a: Cenacolo Odontostomatologico Italiano

Riferimenti: Banca **Banca Popolare di Lodi** CAB 01619 ABI 05164 C/C 126732 IBAN IT98U0516401619000000126732/C postale 66711953

Partita Iva 07918450011 L'importo indicato e' comprensivo anche della quota associativa a COI-AIOG, fissato per l'anno 2011 in € 60 (IVA esente).

#### Legenda:

- |   |   |  |                                    |
|---|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Odontoiatra                                      | <input type="checkbox"/> Odontostomatologia | <input type="checkbox"/> Ortognatodonzia | <input type="checkbox"/> Chirurgia |
| <input type="checkbox"/> Medico specialista in                            |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Medico abilitato all'esercizio dell'odontoiatria |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> Odontotecnico                                    |   | <input type="checkbox"/> Igienista       |                                    |
| <input type="checkbox"/> Assistente di poltrona                           |   | <input type="checkbox"/> Segretaria      |                                    |
| <input type="checkbox"/> Studente   |   | <input type="checkbox"/> Altro           |                                    |