

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*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 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*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 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*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

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 ☐ - Nominativo¹ _____

Sei il direttore sanitario? ☐ NO ☐ SÌ ☐

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI? ☐ NO ☐ SÌ ☐ - Nominativo¹ _____

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 ☐ - Nominativo¹ _____

Sei il direttore sanitario? ☐ NO ☐ SÌ ☐

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI? ☐ NO ☐ SÌ ☐ - Nominativo¹ _____

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 ☐ - Nominativo¹ _____

Sei il direttore sanitario? ☐ NO ☐ SÌ ☐

Se non sei Tu, il direttore sanitario è socio ANDI? ☐ NO ☐ SÌ ☐ - Nominativo¹ _____

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 ☐ - Nominativo¹ _____

Quanti sono i Soci dello studio escluso te? ☐ _____

Gli altri soci sono soci ANDI? ☐ NO ☐ SÌ ☐ - Nominativi¹ _____

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 ☐ - Nominativo¹ _____

Quanti sono i Soci dello studio escluso te? ☐ _____

Gli altri soci sono soci ANDI? ☐ NO ☐ SÌ ☐ - Nominativi¹ _____

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 ☐ - Nominativo¹ _____

Quanti sono i Soci dello studio escluso te? ☐ _____

Gli altri soci sono soci ANDI? ☐ NO ☐ SÌ ☐ - Nominativi¹ _____

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

☐ Ordinario	☐ Benemerito	☐ A vita	☐ Onorario	☐ Uditore (Studenti)
☐ Ordinario A (Esercizio esclusivo della professione)	☐ Benemerito Ordinario A			
☐ Ordinario B (Non esercizio esclusivo della professione)	☐ Benemerito Ordinario B			
☐ 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)	☐ 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
- 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 _____