



**S.I.O.H.** (SOCIETÀ ITALIANA DI ODONTOSTOMATOLOGIA PER L'HANDICAP)

## MODULO DI ISCRIZIONE E RINNOVO

Socio Ordinario, Socio Ordinario Giovane, Socio Affiliato

Al Presidente SIOH Dott. Fausto Assandri  
Al Tesoriere SIOH Dott. Paolo Ottolina

**www.sioh.it**  
**C.F. 92004850514**

### ISCRIZIONE PER L'ANNO 2023

(Ai sensi art. 46, 47 e art. 76 DPR 445/2000)

RINNOVO ANNUALE

NUOVA ISCRIZIONE

Con la presente prendo atto dello Statuto SIOH e del Codice Etico SIOH presenti sul sito [www.sioh.it](http://www.sioh.it)

COMPILARE TUTTI I CAMPI IN STAMPATELLO

IL SOTTOSCRITTO Dott./Prof.: \_\_\_\_\_

NATO A: \_\_\_\_\_ IL: \_\_\_\_\_

CODICE FISCALE: \_\_\_\_\_ P.IVA: \_\_\_\_\_

INDIRIZZO: \_\_\_\_\_ CAP: \_\_\_\_\_

CITTÀ \_\_\_\_\_ PROV. \_\_\_\_\_

TEL. \_\_\_\_\_ CELL.: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

## Scegliere il tipo di iscrizione

(Ai sensi degli articoli 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 dello statuto S.I.O.H.)

**SOCIO ORDINARIO**

Albo di \_\_\_\_\_

data di iscrizione: ..... / ..... / .....

N° iscrizione \_\_\_\_\_

**QUOTA ASSOCIATIVA**  
**1 ANNO EURO 100,00**

**3 ANNI EURO 250,00**  
(2023, 2024, 2025)

### ISCRIZIONE GRATUITA

Studente in .....  
Università .....

**SOCIO AFFILIATO**

**QUOTA ASSOCIATIVA**  
**EURO 50,00**

Laureato in Medicina e Chirurgia .....  
Università .....

Laureato in Igiene Dentale .....  
Università .....

ALTRO .....

In data: ..... / ..... / .....

**SOCIO ORDINARIO GIOVANE**  
(Tale agevolazione, tuttavia, vale elusivamente per coloro che al momento dell'iscrizione non abbiano ancora compiuto il 32° anno di età.)

**QUOTA ASSOCIATIVA**  
**EURO 50,00**

## Modalità di Pagamento

BONIFICO BANCARIO:

Beneficiario: SIOH - Banca di appoggio: UNICREDIT

Causale: Nome e Cognome. Quota associativa SIOH.

IBAN: **IT 18 M 02008 37070 000010664770**

## INFORMATIVA A TUTELA DELLA PRIVACY

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_ dichiara di aver preso visione dell'informativa redatta ai sensi del REGOLAMENTO GDPR 2016/679 presente nel sito [www.sioh.it](http://www.sioh.it) ed esprimo e AUTORIZZO il mio consenso al trattamento dei dati personali che mi riguardano da parte della SIOH.

Esprimo e autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi della legge 196/2003.

Esprimo e autorizzo anche l'inserimento dei miei dati personali (cognome, nome, città, tipo di socio e email) negli elenchi pubblicati sul sito [www.sioh.it](http://www.sioh.it) per eventuali cariche istituzionali SIOH.

data: ..... / ..... / ..... Firma .....

Il presente modulo, debitamente compilato, dovrà essere inviato alla Tesoreria SIOH  
**tesoreria.sioh@gmail.com**