S.I.A.

Sharing Ideas About Dentistry
Serate In Amicizia
Simposio In Amicizia

DOMANDA DI AMMISSIONE

GENOVA ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

IO SOTTOSCRITTO / A

COGNOME

NOME

NATO/A A

IL ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

INDIRIZZO

EMAIL (OBBLIGATORIA)

TEL. CELL.

CODICE FISCALE:

DICHIARANDO DI OPERARE LECITAMENTE NELL'AREA ODONTOIATRICA IN QUALITA' DI:

☐ ODONTOIATRA ☐ ODONTOTECNICO

☐ IGIENISTA DENTALE ☐ ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

☐ STUDENTE ODONTOIATRIA / IGIENE DENTALE ☐ ALTRO: _____

CHIEDO,

dopo aver presa visione dello statuto ed averne accettato gli scopi ed i principi ispiratori, nonché la clausola compromissoria per delegare ogni eventuale contenzioso derivante dall'applicazione o interpretazione del suddetto statuto al Collegio dei Probiviri,

DI ESSERE AMMESSO IN QUALITA' DI SOCIO ORDINARIO ALL'ASSOCIAZIONE CULTURALE SENZA SCOPO DI LUCRO S.I.A., SHARING IDEAS ABOUT DENTISTRY, SERATE IN AMICIZIA, SIMPOSIO IN AMICIZIA.

In fede: _____

Ai sensi dell'articolo 13 del Dlgs 196/03 sulla privacy, autorizzo al trattamento dei miei dati personali.

Firma: _____