



Società Italiana di Odontoiatria Forense

Strada degli Schiocchi, 12 - 41124 Modena - Tel. [059 8678539](tel:0598678539) - segreteria@siofonline.it - www.siofonline.it

RICHIESTA DI ISCRIZIONE SIOF 2026 per aderenti CORSO SIOF

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____
Luogo di nascita _____ Provincia _____ Data di nascita _____ / ____ / ____
Codice Fiscale _____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
Partita I.V.A. _____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____ / ____
E-mail _____ Telefono cellulare _____

LAUREA, SPECIALIZZAZIONE, ALBO D'ISCRIZIONE

Laurea in _____ Anno _____ Università _____
Specializzazione in _____ Anno _____ Università _____
Specializzazione in _____ Anno _____ Università _____
Iscritto all'Ordine provinciale dei Medici di _____ ☐ Albo Odontoiatri ☐ Albo Medici

Iscritto all'Ordine provinciale degli Avvocati di _____

RECAPITI

ENTE DI APPARTENENZA _____

STUDIO - Indirizzo _____ CAP _____ Città _____ Provincia _____

Tel. _____ E-MAIL _____

DOMICILIO - Indirizzo _____ CAP _____ Città _____

Provincia _____ Tel. _____ E-mail _____

INVIARE MODULO ISCRIZIONE E BONIFICO A: serviziosocisiof@siofonline.it

ADESIONE

Con la presente dichiaro di voler aderire in qualità di socio alla Società Italiana di Odontoiatria Forense

Data _____ Firma _____

PRIVACY

Io sottoscritto, Dott. _____ dichiaro di aver preso conoscenza dell'informativa di cui all'art. 13 del D.Lgs. 196/03 e dei diritti che mi spettano in forza dell'art. 7 del D.Lgs. 196/03 e presto il mio consenso al trattamento dei miei dati personali che SIOF effettuerà, anche in forma elettronica e/o automatizzata, per ogni rapporto collegato a quello relativo all'adesione alla SIOF, purché inerenti agli scopi istituzionali dell'Associazione. Autorizzo l'Associazione a trattare i miei dati in relazione a servizi associativi che possano essere realizzati con l'intervento di società e/o soggetti terzi rispetto al rapporto associativo. Presto il consenso, inoltre, per ogni forma di trattamento, ivi compresa la modificazione, l'integrazione e la cancellazione degli stessi. Prendo atto che il titolare del trattamento dei dati ha adottato idonee misure di sicurezza sulla tutela della riservatezza dei miei dati.

Firma _____