



RICHIESTA DI SCRIZIONE SIOF 2026

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 _____

MODALITA' PAGAMENTO QUOTA ISCRIZIONE ANNUALE ALLA SIOF

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

Scelgo di pagare la **quota d'iscrizione annuale di 120 €** oppure con **bonifico continuativo** ridotta a **90 €**
Oppure per Odontoiatri specializzandi, Medici e Odontoiatri INAIL, Specializzandi in Medicina Legale, Igienisti Dentali, cultori del diritto, Consulta Giovani Medici Legali Universitari: quota di 120 € ridotta a 40 € **bonifico continuativo**:

Bonifico: Banca Popolare dell'Emilia-Romagna- Agenzia n. 5 di Modena

Codice IBAN: IT85Y0538712905000001947761

BARRARE LA CASELLA DI INTERESSE

Quota annuale 120€

Quota annuale 90€

Quota annuale 40€

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 modifica, 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 _____