



Società Italiana di Odontoiatria Forense

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

## 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: [serviziosocisiof@siofonline.it](mailto:serviziosocisiof@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 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 \_\_\_\_\_