



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. Paolo Ottolina

Al Tesoriere SIOH Dott. Raffaele Piccinonno

www.sioh.it
C.F. 92004850514

ISCRIZIONE PER L'ANNO 2025

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

RINNOVO ISCRIZIONE

NUOVA ISCRIZIONE

Con la presente prendo atto dello Statuto SIOH e del Codice Etico SIOH presenti sul sito 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. _____

EMAIL: _____

Scegliere il tipo di iscrizione

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

SOCIO ORDINARIO

QUOTA ASSOCIATIVA

1 ANNO EURO 100,00

3 ANNI EURO 250,00

(2025, 2026, 2027)

Albo di _____

data di iscrizione: / /

N° iscrizione _____

ISCRIZIONE GRATUITA

Studente corso di laurea in
Università
(esclusa specialità)

SOCIO AFFILIATO

**QUOTA ASSOCIATIVA
EURO 50,00**

Laureato in Medicina e Chirurgia
Università

Laureato in Igiene Dentale
Università

ALTRO
In data: / /

SOCIO ORDINARIO

GIOVANE

QUOTA ASSOCIATIVA

EURO 50,00

Albo di _____

data di iscrizione: / /

N° iscrizione _____

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

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 _____ dichiaro di aver preso visione dell'informativa redatta ai sensi del REGOLAMENTO GDPR 2016/679 presente nel sito www.sioh.it ed esprimo e AUTORIZZO il mio consenso

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 per eventuali cariche istituzionali SIOH.

data: / / Firma

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