



ACCADEMIA ITALIANA DI ODONTOIATRIA MICROSCOPICA

SEGRETERIA AIOM c/o AIM Education s.r.l. Via G. Ripamonti, 129 – 20141 Milano
Tel.: +39 02.56601.242 – Fax: +39 02 70048585 - E-mail: segreteria@aiom.academy

DOMANDA DI ISCRIZIONE/RINNOVO SOCIO ORDINARIO A.I.O.M. 2020

<input type="checkbox"/> SOCIO ODONTOIATRA	€ 100,00	<input type="checkbox"/> SOCIO IGIENISTA DENTALE	€ 50,00
<input type="checkbox"/> SOCIO NEO-LAUREATO	€ 50,00	<input type="checkbox"/> SOCIO STUDENTE CLID	€ 50,00
<input type="checkbox"/> SOCIO STUDENTE CLMOPD	€ 50,00	<input type="checkbox"/> SOCIO ODONTOTECNICO	€ 80,00

Il/La sottoscritto/a _____

con la presente chiede di Iscrivere / Rinnovare l'iscrizione per l'anno 2020 all'Accademia Italiana di Odontoiatria Microscopica. Ai sensi e per gli effetti della legge 4 gennaio 1968 n. 15 e del DPR 445/2000 e successive modifiche ed integrazioni, il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle pene stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni, sotto la propria responsabilità (art. 26 L.04/01/1968; art. 76 DPR 445/2000 e successive modifiche)

dichiara quanto segue:

Qualifica:

Prof.ssa/Prof. Dott.ssa/Dott. Sig.ra/Sig.

Nome e Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____/____/____

Codice Fiscale (obbligatorio): _____

N. iscrizione Albo Odontoiatri _____ Provincia di iscrizione all'Albo _____

N. iscrizione Albo della Prof. San. di Igienista Dentale _____ Presso l'Ordine TSRM PSTRP di _____

Tel. _____ Fax _____ Cell. _____

E-mail _____ @ _____

Dati per la fatturazione:

Codice Univoco Destinatario SDI: _____ PEC: _____ @ _____

Ragione Sociale: _____

Indirizzo _____ CAP _____ Prov. _____

P. IVA (obbligatoria, se esistente) _____

Numero identificativo rilasciato dalle autorità fiscali competenti (solo per soggetti stranieri) _____

Pagamento a mezzo:

Contanti, assegno bancario o Bonifico bancario (si prega di riportare nella causale il cognome e nome) effettuato in favore di: **A.I.O.M. Accademia Italiana di Odontoiatria Microscopica**, presso **Banca Sella** – IBAN **IT 08 X 03268 03203 052843269450** - € _____
(si prega allegare copia del bonifico alla presente scheda).

Il Sottoscritto dichiara altresì di aver preso atto dello Statuto, del Regolamento interno e del Codice Etico dell'Accademia Italiana di Odontoiatria Microscopica pubblicato sul sito www.aiom.academy

Data _____

Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Premesso che le informazioni da fornire all'interessato – dati raccolti presso l'interessato (ex.art.13 GDPR 2016/679), riguardati il Trattamento dati da parte di AIOM (Gestione iscritti AIOM) sono pubblicate all'indirizzo internet <https://www.aiom.academy/informativa-privacy-iscritti/>

Il/La Sottoscritto/a

Nome e Cognome _____

Luogo di nascita _____

Data di nascita ____/____/____

Codice Fiscale (obbligatorio): _____

Ricevuta, letta e compresa l'informativa relativa all'utilizzo dei miei dati personali (di cui all'art. 13 del Regolamento Europeo 2016/679), da parte del Titolare del Trattamento AIOM (ACCADEMIA ITALIANA DI ODONTOIATRIA MICROSCOPICA) secondo le finalità riportate di seguito: Attività di segreteria e gestione pratiche degli iscritti; Iniziative culturali per l'aggiornamento professionale degli iscritti; inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.; Attività di volontariato; Adempimento di obblighi fiscali e contabili

Preso atto che il trattamento dei miei dati personali è necessario:

- all'esecuzione di un contratto di cui sono parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su mia richiesta
- per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il titolare del trattamento

relativamente alle finalità di seguito riportate, per le quali non è richiesto il mio consenso:

Attività di segreteria e gestione pratiche degli iscritti; Adempimento di obblighi fiscali e contabili

In relazione al trattamento dei miei dati personali, specificatamente quelli sensibili, genetici, biometrici, relativi alla salute (art. 9 Regolamento UE 2016/679), sono a conoscenza e prendo atto che il trattamento riguarda, tra le altre, le seguenti tipologie di dati:

Immagini (Dati sensibili)

e che il trattamento dei miei dati personali appartenenti a tali categorie particolari è possibile poiché presto il consenso al trattamento o perché il trattamento è fondato sulle condizioni seguenti:

- È possibile perché l'interessato intende prestare il proprio consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche. Richiesto per poter espletare le attività previste da AIOM in favore degli iscritti

Preso atto del mio diritto di revocare il consenso in qualsiasi momento, consento al trattamento dei miei dati personali da parte dei Titolari, per le finalità sotto riportate (art. 7 Regolamento 2016/679).

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Iniziative culturali per l'aggiornamento professionale degli iscritti

CONSENSO

NON CONSENSO

Data, ____/____/____

Firma _____

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: La finalità è riferita alle attività di organizzazione e promozione di eventi culturali e di formazione professionale rivolta agli iscritti. Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette la registrazione e/o partecipazione dell'iscritto alle iniziative proposte da AIOM.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Inviare comunicazioni o informative a carattere istituzionale a favore degli iscritti.

CONSENSO

NON CONSENSO

Data, ____/____/____

Firma _____

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: Il trattamento prevede l'utilizzo di canali di comunicazione ed informazione agli iscritti dell'Associazione quali newsletter, messaggistica WhatsApp, sito web istituzionale e Social (Facebook, Twitter, LinkedIn, Instagram), telefono e posta cartacea, per le attività istituzionali previste, quali ad esempio invito a corsi di aggiornamento professionale, meeting e convegni, manifestazioni pubbliche ed altro. In particolare, in occasione di eventi e/o manifestazioni pubbliche, i dati personali potranno essere trattati anche a mezzo di riprese video e foto. Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette la registrazione e/o partecipazione dell'iscritto alle iniziative proposte da AIOM.

In relazione al trattamento dei miei dati personali, relativamente alla seguente finalità:

Attività di volontariato

CONSENSO

NON CONSENSO

Data, ____/____/____

Firma _____

Sono a conoscenza del fatto che in assenza del consenso le conseguenze sono le seguenti: Come previsto da Statuto dell'AIOM in particolari periodi dell'anno vengono proposte iniziative a favore di bisognosi. Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette l'esecuzione della specifica finalità.

Luogo e Data, _____, ____/____/____

Firma _____

AIOM (ACCADEMIA ITALIANA DI ODONTOIATRIA MICROSCOPICA) - P. IVA: 05766691009 - Via Girolamo Vitelli, 10 - 00167 Roma (RM), IT