



Unione Nazionale Igienisti Dentali

COME ISCRIVERSI ALL'U.N.I.D.

DIRETTAMENTE

Durante le nostre giornate è possibile iscriversi o rinnovare il tesseramento presso il nostro stand, oppure è possibile incontrarci nelle maggiori manifestazioni nazionali dove saremo presenti con il nostro spazio.

INDIRETTAMENTE

Nel caso volessi far pervenire il tuo importante contributo in modo indiretto, puoi stamparti il modulo di iscrizione e di delega riportati nelle pagine 2-3 oppure richiederli alla segreteria (tel. 06 61648016) che provvederà a farti pervenire via fax, quindi effettuare il pagamento attraverso:

C/Corrente postale N° 26007401

oppure

Bonifico Postale - IBAN: IT 81 S 07601 03200 000026007401

intestato a

Unione Nazionale Igienisti Dentali

Una volta effettuato il pagamento basta inviare copia della ricevuta, il modulo di iscrizione e di delega in originale, debitamente compilati in ogni sua parte, la fotocopia del titolo di studio dichiarato o documento sostitutivo, due foto tessera, all'indirizzo dell'associazione: Via Mattia Battistini n. 209/A – 00167 Roma; in anteprima possono essere inviati anche via mail all'indirizzo segreteria@unid.it

QUOTA ASSOCIATIVA ANNO 2012

1. SOCI EFFETTIVI (Igienisti diplomati o laureati) € 70,00
2. SOCI UDITORI (Studenti) € 25,00

**AGLI STUDENTI C.L.I.D. CHE SI ISCRIVONO PER LA PRIMA VOLTA
SARA' OFFERTA GRATUITAMENTE LA QUOTA ASSOCIATIVA
DELL'ANNO IN CORSO**

I **soci effettivi** che rinnovano l'iscrizione, se hanno già compilato gli stessi moduli riportati di seguito e non hanno modificato l'indirizzo, non sono tenuti a compilarli nuovamente.

I **soci studenti** che si sono laureati invece, debbono compilare nuovamente i moduli ed inviarli insieme alla copia della laurea o certificato sostitutivo, inoltre, dovendo rifare la tessera con il titolo di Dott./Dott.ssa, volendo possono sostituire la foto inviandone un'altra.



Unione Nazionale Igienisti Dentali

SCRIVERE IN STAMPATELLO

TESSERA N.

COGNOME

NOME

Sono stato presentato da:

NATA/O A

PR

IL / /

RESIDENTE A

PR

CAP

VIA

N.

TEL.

CELL.

@

FAX

CODICE FISCALE

di possedere il Titolo di Studio _____

rilasciato da _____ di _____ il _____

Anno Immatric. _____ Voto _____ Con Lode: () Si () No

Di essere studente CLID presso Università _____

e di frequentare il (1) (2) (3) anno (barrare con una croce) Anno di Immatricolazione _____

Di essere iscritto ad altra associazione di categoria () SI () NO Quale? _____

e chiede () ISCRIZIONE () RINNOVO

in qualità di

() SOCIO EFFETTIVO

() STUDENTE

Luogo e Data

FIRMA

I dati forniti saranno trattati da UNID nel pieno rispetto del D.L. 196/03: "codice in materia di protezione dei dati personali".

- per la trasmissione dei dati al Cogeaps (creazione Anagrafe Nazionale) ed al Ministero della Salute

presto il consenso nego il consenso

FIRMA _____

- al trattamento dei miei dati personali da parte della U.N.I.D. per le finalità inerenti la presente domanda di iscrizione

presto il consenso nego il consenso

FIRMA _____

- al trattamento dei miei dati personali, da parte delle società terze, per le finalità promozionali, pubblicitarie e di marketing

presto il consenso nego il consenso

FIRMA _____

Per esercitare i diritti di cui all'art.7 del D.L. 196/03 scrivere a: info@unid.it

Al Ministero della Pubblica Istruzione, Università, Ricerca Scientifica e Tecnologica
00153 Roma Viale Trastevere, 76

Al Ministero della Salute
00153 Lungotevere Ripa, 1

Al Ministero di Giustizia
00186 Roma via Arenula, 70

All'Assessorato di Sanità Regionale di pertinenza

Al Co.Ge.APS (Consorzio Gestione Anagrafica delle Professioni Sanitarie)

COGNOME _____

NOME _____

IN QUALITA' DI **IGIENISTA DENTALE**

STUDENTE DEL CORSO DI LAUREA PER IGIENISTI

Vista l'assenza del Collegio Professionale Nazionale degli Igienisti Dentali, Vi comunico la mia adesione all'Unione Nazionale Igienisti Dentali in qualità di socio.

Presso gli archivi dell'associazione sarà mia cura depositare il titolo posseduto.

Delego sin da ora l'Unione Nazionale Igienisti Dentali a rappresentarmi presso le sedi competenti per la mia professione.

Comunico inoltre la mia adesione ad eventuali programmi di formazione continua in medicina (ECM) organizzati dalla medesima associazione.

Luogo _____

Data _____

In Fede _____

