



**AMOlP**  
**Associazione Medici e Odontoiatri liberi**  
**professionisti**

**MODULO DI**  
**ISCRIZIONE/RINNOVO 2024**

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Partita IVA \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ PRV \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_ PEC \_\_\_\_\_

Laurea in \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Specializzazione in \_\_\_\_\_ Anno \_\_\_\_\_

Iscritto all'Albo dell'ordine dei \_\_\_\_\_ della provincia di \_\_\_\_\_ Numero \_\_\_\_\_

Per gli STUDENTI:

Iscritto al \_\_\_\_\_ anno del corso di studi in \_\_\_\_\_

dell'Università di \_\_\_\_\_

ISCRIZIONE AD AMOLP NELLA QUALITA' DI:

- **ASSOCIATO ORDINARIO - 30,00 euro da inviare a mezzo bonifico bancario al seguente IBAN *IT87B0623003201000064424430* Intestato ad AMOlP Associazione Medici e Odontoiatri liberi professionisti presso Crédit Agricole Italia Ag 2 di Roma.**
- **Causale del bonifico: *quota di Iscrizione o rinnovo 2024 nome e cognome***
- **ASSOCIATO STUDENTE, gratuito**, quota riservata agli studenti regolarmente iscritti **all'ultimo anno** dei corsi di laurea in medicina e *chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria*.
- **ISCRITTO SOSTENITORE, gratuito**, riservata a tutti gli studenti iscritti ai corsi di laurea in medicina e *chirurgia e odontoiatria e protesi dentaria* **dal primo al quinto anno**.

L'ISCRITTO DEVE ATTENERSI AGLI ARTICOLI DELLO STATUTO DELL'ASSOCIAZIONE, RISPETTARNE IL REGOLAMENTO E MANTENERE UN COMPORTAMENTO CONSONO AL CODICE DEONTOLOGICO.

LEGGE 19612003 PRIVACY CONSENSO ALLA RACCOLTA E ALLA GESTIONE DEI DATI PERSONALI

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196\03 il trattamento dei miei dati personali per le finalità necessarie, connesse e/o strumentali allo svolgimento delle funzioni istituzionali e/o statuarie dell'associazione correlata alla mia iscrizione\partecipazione. Dichiaro di aver preso visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati personali. In mancanza del mio consenso il servizio non potrà essere erogato.

AUTORIZZO  NON AUTORIZZO ai sensi dell'art. 13 D.lgs 196\03 il trattamento a terzi per finalità di marketing, sondaggi, ricerche di mercato, offerte dirette, proposte commerciali. Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs 196\2003, potrà esercitare i relativi diritti, fra cui consultare, modificare e cancellare i suoi dati o opporsi al loro trattamento.

DATA \_\_\_\_\_ FIRMA \_\_\_\_\_

La presente domanda dovrà essere compilata in ogni sua parte, firmata ed inviata a mezzo e-mail al seguente indirizzo [iscrizione@amolp.it](mailto:iscrizione@amolp.it) insieme a copia di avvenuto bonifico; in caso contrario la domanda non verrà accettata.