

**Dati personali**

COGNOME

NOME

DATA E LUOGO DI NASCITA

C.F.

RESIDENTE IN: VIA-CAP-CITTA-PROV

TEL

FAX

CELL.

MAIL - PEC - WEB (dati obbligatori)

**Dati professionali**

TITOLO PROFESSIONALE RICHIESTO PER L'ISCRIZIONE (Allegare copia del titolo conseguito):

 SCUOLA REGIONALE TRIENNALE (1)  DIPLOMA UNIVERSITARIO (2)  - LAUREA (3)  - LAUREA SPECIALISTICA   
 TITOLO ESTERO (4) 

ATTIVITA': (indicare la posizione professionale ricoperta)

 TITOLARE  DIPENDENTE  COLLABORATORE  LIBERO PROFESSIONISTA  STUDENTE UNIVERSITARIO PRESSO L'UNIVERSITA' DEGLI

STUDI DI: \_\_\_\_\_ ANNO DI CORSO \_\_\_\_\_

**Dati aziendali (NEL CASO DI LIBERO PROFESSIONISTA DICHIARE TUTTE LE SEDI DOVE SI E' SVOLTA L'ATTIVITA' NEGLI ULTIMI TRE ANNI USANDO IL RETRO DEL PRESENTE MODULO)**

C/O ORTOPEDIA:

VIA - CAP-CITTA'-PROV

TEL

FAX

CELL.

MAIL - WEB

C.F. E P.IVA

**Quota associativa**
**NEOLAUREATI:** € 140,00 comprensivo di assicurazione + iscrizione I.S.OR.TEC.S.

**SOCIO ORDINARIO** € 180,00 comprensivo di assicurazione + iscrizione I.S.OR.TEC.S.

**SOCIO ORDINARIO + PASSAPORTO** € 220,00 comprensivo di assicurazione + iscrizione I.S.OR.TEC.S.+ passaporto

**SOCIO SOSTENITORE** € 300,00 comprensivo di assicurazione + iscrizione I.S.OR.TEC.S.

**IBAN: IT 69 H 05387 02598 0000 0233 0352** - Intestato ad ANTOI - BPER BANCA S.P.A. Filiale: AGENZIA N.6 BOLOGNA -  
 Causale di versamento: "iscrizione anno 2018 - indicare nominativo ed opzione prescelta.

Allegare al presente modulo: FOTO TESSERA E LA FOTOCOPIA DEL TITOLO PROFESSIONALE CONSEGUITO (SOLO ALLA PRIMA ISCRIZIONE)

**DELEGA AD ANTOI PER IL TRASFERIMENTO AD AMTRUST/ASSICURAZIONE D'ANGELI - P.LE A. BERGAMINI, 12 ROMA, DELLA QUOTA PARTE CORRISPONDENTE ALLA SOTTOSCRIZIONE RCP.** Con la presente il sottoscritto \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_delego ANTOI a versare SU UBI BANCA IBAN IT78D0311103211000000010986

INTESTATO A D'ANGELI SRL I per mio conto l'IMPORTO CORRISPONDENTE ALLA SOTTOSCRIZIONE RCP.

DATA

FIRMA

(1) Attestato di "meccanico ortopedico ernista", conseguito non oltre il 31 dicembre 1998, in base al regio decreto 31 maggio 1928, n. 1334 e rilasciato ai sensi dell'art. 140, del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

(2) Diploma universitario di tecnico ortopedico di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 665.

(3) Diploma di Laurea in Tecniche Ortopediche ai sensi della Legge 10 agosto 2000, n. 251.

(4) Titolo professionale estero che ha ottenuto il decreto di riconoscimento da parte del Ministero della Salute.

## Elenco delle Aziende Ortopediche dove si è svolta la professione

**AZIENDA:**

**INDIRIZZO:**

**PERIODO DI ATTIVITA'**

**CREDITI ECM CONSEGUITI (SCRIVERE IL NUMERO) ED ALLEGARE COPIA  
DEGLI ATTESTATI**

|                  |       |                  |       |                  |       |
|------------------|-------|------------------|-------|------------------|-------|
| <b>ANNO 2002</b> | _____ | <b>ANNO 2006</b> | _____ | <b>ANNO 2010</b> | _____ |
| <b>ANNO 2003</b> | _____ | <b>ANNO 2007</b> | _____ | <b>ANNO 2011</b> | _____ |
| <b>ANNO 2004</b> | _____ | <b>ANNO 2008</b> | _____ | <b>ANNO 2012</b> | _____ |
| <b>ANNO 2005</b> | _____ | <b>ANNO 2009</b> | _____ | <b>ANNO 2013</b> | _____ |
| <b>ANNO 2014</b> | _____ | <b>ANNO 2015</b> | _____ | <b>ANNO 2016</b> | _____ |
| <b>ANNO 2017</b> | _____ |                  | _____ |                  | _____ |