

DOMANDA DI ISCRIZIONE PER PERSONE GIURIDICHE

CON DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE EX ART. 46 D.P.R.

445/2000

Persona giuridica: _____, con sede legale in.....,
Via....., nr. Iscrizione Camera di Commercio e provincia di iscrizione.....,
P.IVA e C.F.....

CHIEDE

al Consiglio direttivo dell'Associazione FACE di prendere in esame la presente richiesta di iscrizione all'Associazione, presentata per il tramite del proprio socio Dott./Dott.ssa....., il/la quale garantisce sin d'ora di agire validamente in nome e per conto della persona giuridica di cui fa parte.

In carenza, ogni implicazione derivante dalla presente domanda di iscrizione sarà direttamente riferibile al/alla professionista qui sopra individuato/a.

Il/La Dott./Dott.ssa, avvalendosi della facoltà di autocertificazione ex art. 46 del D.P.R. 445 del 28 Dicembre 2000, sotto la propria personale responsabilità e consapevole delle sanzioni penali in caso di dichiarazioni non veritiere o produzione di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000,

DICHIARA

- di essere nato/a in data.....;
- di essere residente in, via.....;
- di essere iscritto/a all'Ordine dei Medici Chirurghi e Odontoiatri della Provincia di con il seguente n. iscrizione: _____;
- di essere titolare del seguente Nr. codice fiscale..... e di partita IVA nr.....;
- di essere in possesso della polizza di assicurazione Rc professionale nr..... presso la compagnia di assicurazione _____;
- di essere in possesso di quote societarie nella percentuale del%;

ASSOCIAZIONE FACE

Viale Ancona Nr. 26 - 30172 Mestre (VE) | C.F. 90174830274

- di aver maturato una percentuale di attività clinica ortodontica espletata nel corso dell'esperienza professionale pari a _____
- di aver già frequentato i seguenti corsi FACE (con indicazione dell'anno di partecipazione): _____;
- di utilizzare per l'attività clinica ortodontica il seguente nr. di pc _____;
- di usare i seguenti software per l'elaborazione delle immagini _____;
- di utilizzare i seguenti software per la gestione amministrativa _____
- di fare uso della macchina fotografica digitale _____
- di utilizzare abitualmente una rete di contatti di professionisti delle altre branche (chirurgia, protesi parodontologia, chirurgia maxillo facciale, endodonzia, conservativa estetica, odontoiatria estetica, chirurgia plastica).
- di essere consapevole che l'iscrizione all'Associazione ha durata triennale e che comporta il versamento del contributo associativo e che il versamento delle quote può essere effettuato annualmente.

Il/La sottoscritto/a _____, in nome e per conto di (*persona giuridica*) si impegna altresì a rispettare le disposizioni statutarie vigenti e le delibere assunte dagli organi associativi.

Nel dichiarare, pertanto, di conoscere ed accettare le previsioni dello Statuto associativo,

**CHIEDE L'ISCRIZIONE DI.....(*persona giuridica*)
ALL'ASSOCIAZIONE.**

Luogo.....Data.....

Firma.....

Il sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa sull'utilizzo dei propri dati personali ex art.13 D. Lgs. n.196/2003 – allegata in calce alla presente domanda di iscrizione - e presta il consenso al relativo trattamento, funzionale alla gestione del rapporto associativo e all'ottemperamento di tutti i connessi obblighi di legge.

Presta il proprio consenso a che i dati relativi all'adesione all'associazione siano comunicati agli enti con cui l'associazione collabora e da questi trattati nei limiti dell'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dalle norme statutarie.

Luogo

Data

Firma

