

DOMANDA/RINNOVO ISCRIZIONE SIOT CON SISTEMA DI PROTEZIONE COLLETTIVO "SIOT SAFE" PER I SOCI ORTOPEDICI

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a il ___/___/___ a _____ Prov. ___ cell. _____

Residente a _____ Prov. ___ CAP _____ via _____

Codice fiscale _____ email _____

PEC _____

DICHIARA

- DI SVOLGERE ATTIVITÀ PROFESSIONALE COME SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA e di essere al momento nella seguente situazione lavorativa:

<input type="checkbox"/> Dipendente Pubblico	<input type="checkbox"/> ruolo ospedaliero <input type="checkbox"/> ruolo universitario <input type="checkbox"/> attiv. assistenziale come _____ <input type="checkbox"/> non svolgo attiv. assistenziale <input type="checkbox"/> specialista ambulatoriale	<input type="checkbox"/> Intramoenia <input type="checkbox"/> extramoenia
<input type="checkbox"/> Dipendente Privato	<input type="checkbox"/> struttura privata <input type="checkbox"/> ente religioso	<input type="checkbox"/> Intramoenia - non effettua attività libero professionale <input type="checkbox"/> Extramoenia - effettua attività libero professionale
<input type="checkbox"/> Libero Professionista	<input type="checkbox"/> svolge attività chirurgica <input type="checkbox"/> non svolge attività chirurgica	

Nome Struttura e città _____

Inquadramento _____

- DI NON SVOLGERE ATTIVITA' PROFESSIONALE COME SPECIALISTA IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA in quanto:

- IN PENSIONE
 IN POSSESSO DI SPECIALIZZAZIONE DIVERSA:
- Medicina Fisica e Riabilitazione
 - Radiologia
 - Medicina dello sport
 - Chirurgia della Mano

DICHIARO INOLTRE

- di richiedere l'iscrizione alla SIOT per l'anno 2021
 - la copertura decorre dalle ore 24 della data di versamento della quota associativa
- che le informazioni sopra riportate corrispondono a verità e mi assumo la responsabilità di eventuali errori o mancanze
- di essere a conoscenza che tali informazioni, in ottemperanza alla **Delibera dell'Assemblea dei soci del 9/11/2019**, verranno trasferite ad AON, broker assicurativo, e a Generali Italia, in qualità di Assicuratore nell'ambito della **polizza collettiva n. 390780963** stipulata da SIOT a favore dei propri associati
- di essere a conoscenza che le **quote associative** determinate dal Consiglio Direttivo sono le seguenti:

- QUOTA DI ISCRIZIONE SIOT 2021			
SOCIO	Scadenza polizza personale		
	1 gennaio - 31 marzo	1 aprile - 30 giugno	1 luglio - 31 dicembre
dipendente in intramoenia maggiore di anni 35	€ 390,00	€ 317,50	€ 245,00
dipendente in intramoenia minore di anni 35	€ 340,00	€ 267,50	€ 195,00
libero professionista e il dipendente in extramoenia maggiore di anni 35	€ 450,00	€ 362,50	€ 275,00
libero professionista e il dipendente in extramoenia minore di anni 35	€ 400,00	€ 312,50	€ 225,00
Over 72 ancora in attività	€ 350,00	€ 262,50	€ 175,00

Allego alla presente copia (non autenticata) di un documento di identità in corso di validità e ricevuta del bonifico eseguito.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 679/2016.

In fede,

Data ___/___/_____

Firma _____

Si prega di inviare via fax allo 0680687266 o e-mail a: segreteria@siot.it

Metodi di pagamento:

Banca CREDEM - IBAN: IT64 V030 3203 2000 1000 0166 193 - intestato a: S.I.O.T.

Con carta di credito si prega di contattare la Segreteria SIOT allo 0680691593.