



**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 \_\_\_\_\_ P.IVA \_\_\_\_\_

**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"/> Ruolo attiv. assistenziale _____ <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"/> svolgo attività chirurgica <input type="checkbox"/> non svolgo attività chirurgica	

*\*Anche MEDICO FREQUENTANTE CORSO DI SPECIALIZZAZIONE IN ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA che abbia sottoscritto con una Struttura Pubblica del SSN un contratto di lavoro, anche a tempo determinato, compatibile a termini di legge con la qualifica di medico specializzando.*

Nome struttura e città \_\_\_\_\_

Inquadramento \_\_\_\_\_  
(specificare se medico in formazione specialistica)

DI NON SVOLGERE ATTIVITÀ 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 2022
  - 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:

	1 aprile - 30 giugno	1 luglio - 31 dicembre
dipendente in intramoenia <b>maggiore di anni 35</b>	€ 317,50	€ 245,00
dipendente in intramoenia <b>minore di anni 35</b>	€267,50	€ 195,00
libero professionista e il dipendente in extramoenia <b>maggiore di anni 35</b>	€ 362,50	€ 275,00
libero professionista e il dipendente in extramoenia <b>minore di anni 35</b>	€ 312,50	€ 225,00
<b>Over 72</b> ancora in attività	€ 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](mailto: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.