

**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 Sanitaria 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

DICHIO INOLTRE

- di richiedere l'iscrizione alla SIOT per l'anno 2024:
 - per versamenti pervenuti prima del 31.12.23 la copertura decorre dalle ore 24 del 31.12.23
 - per versamenti pervenuti oltre il 31.12.23 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:

• dipendente in intramoenia maggiore di anni 35	€ 390,00
• dipendente in intramoenia minore di anni 35	€ 340,00
• Specializzando assunto Decreto Calabria o similari	€ 340,00
• libero professionista e il dipendente in extramoenia minore di anni 35	€ 400,00
• libero professionista e il dipendente in extramoenia maggiore di anni 35	€ 450,00
• Over 72 ancora in attività	€ 350,00

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.