# *Domanda per il conseguimento della qualifica di Socio Giovane Affiliato**
# *dell'**Accademia Italiana di Endodonzia***

* Possono ottenere la qualifica di Socio Giovane Affiliato gli Odontoiatri sotto i 35 anni di età – già Soci Ordinari AIE per l'anno in cui la richiesta viene inoltrata - che presentino al Segretario AIE la domanda completa della documentazione necessaria·

Il/La sottoscritto/a:

Cognome _____ Nome _____
presenta domanda per il conseguimento della qualifica di **Socio Giovane Affiliato** dell' **Accademia Italiana di Endodonzia per l'anno 2019**. A tal fine comunica quanto segue:

Luogo di nascita _____ Data di nascita _____/_____/_____

N. iscrizione Albo degli Odontoiatri _____ Prov. _____

In allegato:

- curriculum vitae et studiorum;
- lettera di presentazione di due Soci Attivi *(Indicare Nome e Cognome)*

_____

garanti della correttezza clinica e formale della documentazione allegata;

- copia dei titoli richiesti dalla legge per l'esercizio della professione odontoiatrica;
- le Rx originali e le copie dei 4 casi clinici, completi della Scheda "Caso Clinico", utilizzando l'apposito modulo (N° 4 copie per ogni caso clinico presentato).

[_] **Dichiaro di essere Socio Ordinario dell'Accademia Italiana di Endodonzia in regola con il pagamento della quota di iscrizione per l'anno 2018. La qualifica di Socio Giovane Affiliato 2019 da diritto a:** partecipare gratuitamente al Congresso Nazionale e al Corso di Aggiornamento di ottobre 2019; accedere all'area loro riservata dal sito: accademiaitalianaendodonzia.it; usufruire di uno sconto pari al 20% della quota di iscrizione al Continuing Education 2019 e al Corso Avanzato; ricevere gratuitamente l'Italian Dental Journal (12 numeri/anno) e la Newsletter "Dental Academy" ed. Griffin; usufruire di uno sconto del 20% sui libri editi da Griffin; usufruire di uno sconto del 10% sui libri editi da Thieme; usufruire di una sconto del 10% sui libri editi da Piccin Nuova Libraria in occasione degli eventi culturali AIE nel corso dell'anno; accedere al percorso di Formazione a Distanza (FaD CIC)

**QUOTA D'ISCRIZIONE**:
**€ 280,00 entro il 20 gennaio 2019**
**€ 300,00 dal 21 gennaio 2019**

**Modalità di pagamento:**

[_] **bonifico bancario** (allegare fotocopia) =, a favore della Accademia Italiana di Endodonzia IBAN: IT 69M0558422800000000019340

[_] **assegno bancario** =, non trasferibile intestato alla Accademia Italiana di Endodonzia.

**Informativa e Consenso al trattamento dei dati personali**

Ai sensi del.regolamento UE 679/2016 e successive modifiche o integrazioni, la informiamo che i suoi dati personali, acquisiti tramite il modulo di iscrizione, saranno trattati dall'Accademia Italiana di Endodonzia titolare del trattamento, anche con l'ausilio di mezzi elettronici per finalità riguardanti l'esecuzione degli obblighi derivanti dall'associazione e non saranno ceduti a terzi senza il suo consenso.

In qualsiasi momento potrà chiedere la rettifica o la cancellazione dei dati, nonché opporsi all'invio, da parte nostra, di materiale pubblicitario o informazioni commerciali con una comunicazione indirizzata a: info1accademiaitalianaendodonzia.it.

L'informativa completa potrà essere reperita presso i nostri uffici o sul sito:
http://www.accademiaitalianaendodonzia.it/

Il consenso al trattamento dei dati sopraindicati non è richiesto in quanto indispensabile al fine dell'iscrizione alla Società (diversamente non sarà possibile dare seguito alla sua iscrizione).
Le chiediamo inoltre di concederci il suo consenso per le seguenti finalità:

a) Accreditamento E.C.M. [SI] [NO]

b) Adempimenti connessi con l'organizzazione di eventi. [SI] [NO]

c) L'invio di informazioni su nuove iniziative o corsi e materiale promozionale. [SI] [NO]

d) Per attività di diffusione (pubblicazione dei suoi dati personali su sito .....) [SI] [NO]

e) Per attività di comunicazione a terzi (aziende di settore sponsor istituzionali) [SI] [NO]

Data_____ Timbro e firma del Richiedente _____

Si prega di **inviare la richiesta di iscrizione**,
unitamente all'assegno bancario oppure alla fotocopia del bonifico bancario, a:
**Dr. Alberto Pellegatta** – Sede Amministrativa AIE
Via Piave, 6 - 21052 Busto Arsizio (VA)
Tel/Fax: 0331 686222 - E-mail: segreteria@accademiaitalianaendodonzia.it