



MODULO DI ISCRIZIONE (pag.1)

SEDE LEGALE ed OPERATIVA
Via L'Aquila, 62 – 00176 Roma

segreteria@antoi.it - Tel. 327/6673414
Per amministrazione, anagrafica iscritti e tesseramento

info@antoi.it - Tel. 340/6557991
Per info sull'associazione o richieste attività politico-sindacale

Dati personali

COGNOME		NOME
DATA E LUOGO DI NASCITA		
CF		
RESIDENTE IN: VIA-CAP-CITTA-PROV		
TEL	FAX	CELL.
MAIL (dati obbligatori)		
PEC		

Dati professionali

TITOLO PROFESSIONALE RICHIESTO PER L'ISCRIZIONE (Allegare copia del titolo conseguito):

SCUOLA REGIONALE TRIENNALE (1) DIPLOMA UNIVERSITARIO (2) - LAUREA (3) - LAUREA SPECIALISTICA
TITOLO ESTERO (4)

ATTIVITA': (indicare la posizione professionale ricoperta):

TITOLARE DIPENDENTE COLLABORATORE

LIBERO PROF.TA STUDENTE UNIV. c/o L'UNIVERSITA' D/STUDI DI: _____ A/A _____

STATO DELL'ISCRIZIONE ALL'ORDINE DELLE PROFESSIONI SANITARIE: (barrare una delle quattro posizioni indicate)

<input type="checkbox"/>	PREISCRITTO
<input type="checkbox"/>	RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA
<input type="checkbox"/>	INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA
<input type="checkbox"/>	RICEVUTA LA TESSERA 2018 E NUMERO DI ISCRIZIONE

Dati aziendali (NEL CASO DI LIBERO PROFESSIONISTA DICHIARARE TUTTE LE SEDI DOVE SI E' SVOLTA L'ATTIVITA' NEGLI ULTIMI TRE ANNI USANDO IL QUARTO FOGLIO DEL PRESENTE MODULO)

C/O ORTOPEDIA:

VIA - CAP-CITTA'-PROV

TEL	FAX	CELL.
-----	-----	-------

MAIL e PEC

SITO AZIENDALE

C.F. E P.IVA



MODULO DI ISCRIZIONE (pag.2)

SEDE LEGALE ed OPERATIVA
Via l'Aquila, 62 – 00176 Roma

segreteria@antoi.it - Tel. 327/6673414
Per amministrazione, anagrafica iscritti e tesseramento

info@antoi.it - Tel. 340/6557991
Per info sull'associazione o richieste attività politico-sindacale

Quota associativa (barrare una o più voci che si intende opzionare)

€ 140,00	Q1	Quota iscrizione + assicurazione + adesione alla Is.Or.Tec.S.
€ 60,00	Q2	Orientamento (contratti di lavoro e libero professionali, autorizzazioni, spazi professionali, requisiti, rapporti con l'ordine professionale, relazioni con i committenti ASL e privati, abusivismo, news a valore sindacale)
€ 50,00	Q3	Consulenza tecnica specifica per i professionisti (regolamenti nazionali e comunitari, sicurezza, inizio attività, privacy, medical devices, news a valore consulenziale)
€ 75,00	Q4	Gestione delegata del proprio pacchetto ECM e per l'apertura di un proprio dossier formativo individuale + 2 corsi ecm FAD minimo 20 crediti massimo 45 crediti per acquisizione crediti dal 2014. (N.B. Solo per il Q4 su adesioni cumulative da minimo 20 adesioni con pagamento in un'unica soluzione, l'importo sarà ridotto del 30%)
€ 240,00	Q5	PACCHETTO GLOBAL SERVIZI Q1+Q2+Q3+Q4
€ 35,00	Q6	Ulteriore pacchetto 2 corsi ecm fad (min 20 crediti max 45 crediti) acquistabile anche in multipli per acquisizione crediti dal 2014-2016 e 2017-2019. (N.B. Solo per il Q6 su adesioni cumulative da minimo 20 adesioni con pagamento in un'unica soluzione, l'importo sarà ridotto del 30%)
€ 50,00	Q7	Ulteriore pacchetto 3 corsi ecm fad (min 30 crediti max 60 crediti) acquistabile anche in multipli per acquisizione crediti dal 2014-2016 e 2017-2019 (N.B. Solo per il Q7 su adesioni cumulative da minimo 20 adesioni con pagamento in un'unica soluzione, l'importo sarà ridotto del 30%)

IBAN: IT 34 S 05696 03213 0000 0652 4X08 - Intestato ad ANTOI - BANCA POPOLARE DI SONDRIO - ROMA
AGENZIA N. 13 APPIO - Causale di versamento: "iscrizione anno 2019 - indicare nominativo ed opzione/i prescelta/e.

Assicurazione

DELEGA AD ANTOI PER IL TRASFERIMENTO AD AMTRUST/ASSICURAZIONE D'ANGELI - P.LE A. BERGAMINI, 12 ROMA, DELLA QUOTA PARTE CORRISPONDENTE ALLA SOTTOSCRIZIONE RCP.

Con la presente il sottoscritto _____ delega
ANTOI a versare SU UBI BANCA IBAN IT78D0311103211000000010986 INTESTATO A D'ANGELI SRL I per suo conto
L'IMPORTO CORRISPONDENTE ALLA SOTTOSCRIZIONE RCP.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, presa visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati medesimi sul sito web di ANTOI (www.antoi.it) redatta ai sensi dell'art. 13 D.Lgs. 196/2003 ed art. 13 Regolamento UE 679/201

DATA _____

FIRMA _____

Allegare al presente modulo: FOTO TESSERA - FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO DI IDENTITA' E FOTOCOPIA DEL TITOLO PROFESSIONALE CONSEGUITO (in caso di Titolo estero, allegare anche il DM di riconoscimento).

(1) Attestato di "meccanico ortopedico ernista", conseguito non oltre il 31 dicembre 1998, in base al regio decreto 31 maggio 1928, n. 1334 e rilasciato ai sensi dell'art. 140, del regio decreto 27 luglio 1934, n. 1265.

(2) Diploma universitario di tecnico ortopedico di cui al decreto del Ministro della sanità 14 settembre 1994, n. 665.

(3) Diploma di Laurea in Tecniche Ortopediche ai sensi della Legge 10 agosto 2000, n. 251.

(4) Titolo professionale estero che ha ottenuto il decreto di riconoscimento da parte del Ministero della Salute.



MODULO DI ISCRIZIONE (pag.3)

SEDE LEGALE ed OPERATIVA
Via l'Aquila, 62 – 00176 Roma

segreteria@antoi.it - Tel. 327/6673414
Per amministrazione, anagrafica iscritti e
tesseramento

info@antoi.it - Tel. 340/6557991
Per info sull'associazione o richieste attività politico-
sindacale

LEGGERE ATTENTAMENTE

CREDITI ECM

Riportare il numero dei crediti conseguiti ed allegare copia degli attestati ECM

Gli attestati ECM sono stati già inviati con le precedenti iscrizioni ad ANTOI.

ANNO 2002	_____	ANNO 2008	_____	ANNO 2014	_____
ANNO 2003	_____	ANNO 2009	_____	ANNO 2015	_____
ANNO 2004	_____	ANNO 2010	_____	ANNO 2016	_____
ANNO 2005	_____	ANNO 2011	_____	ANNO 2017	_____
ANNO 2006	_____	ANNO 2012	_____	ANNO 2018	_____
ANNO 2007	_____	ANNO 2013	_____	ANNO 2019	_____

Accetto che Antoi controlli che i crediti dichiarati nel presente modulo ed allegati in copia alla presente domanda, siano registrati correttamente da Co.Ge.aPS a partire dal 2013.

Accetto che i dati ECM presenti nella banca dati Co.Ge.A.P.S. siano ritenuti validi ai fini della mia posizione ecm.

Non intendo inviare copia degli ecm da me effettuati in quanto non sono interessato a che Antoi possa fare un controllo sul pregresso ante 2013.

(Solo per coloro che hanno opzionato la voce iscrizione Q4). Autorizzo Antoi al controllo della corretta registrazione crediti ECM effettuata da Co.Ge.aPS dal 2014 ad oggi e delego ANTOI alla gestione del dossier formativo e allo spostamento dei crediti dal triennio attuale al precedente per la copertura della situazione debitoria ecm. Riporto di seguito la mia mail per ricevere la comunicazione relativa al mio stato ECM sul triennio in corso (2017-2019).

mail _____

FIRMA _____

Elenco delle Aziende Ortopediche dove si è svolta la professione

AZIENDA:

INDIRIZZO:

PERIODO DI ATTIVITA'

AZIENDA:

INDIRIZZO:

PERIODO DI ATTIVITA'

AZIENDA:

INDIRIZZO:

PERIODO DI ATTIVITA'

AZIENDA:

INDIRIZZO:

PERIODO DI ATTIVITA'

AZIENDA:

INDIRIZZO:

PERIODO DI ATTIVITA'

AZIENDA:

INDIRIZZO:

PERIODO DI ATTIVITA'

AZIENDA:

INDIRIZZO:

PERIODO DI ATTIVITA'