



"Associazione con Sistema di Gestione della Qualità Certificato"  
Ente di formazione accreditato Reg. Lombardia n.275236/2008-285068  
Provider ECM-CPD Accreditato (Decreto n. 14769 dell'15.10.2019)

## DOMANDA DI ISCRIZIONE AL CORSO ANNUALE PER ASSISTENTE DI STUDIO ODONTOIATRICO

( \* ) campi obbligatori

+ Nome e Cognome \*:

---

+ Indirizzo \*:

---

+ CAP, Città e Provincia \*:

---

+ Codice Fiscale \*:

---

+ Email \*:

---

+ Telefono \*:

---

+ Eventuale Ragione Sociale dello Studio Odontoiatrico di appartenenza:

---

+ CAP, Città e Provincia dello Studio Odontoiatrico di appartenenza:

---

Il/la sottoscritto/a dichiara di essere a conoscenza del contenuto dell'art.76 del D.P.R.445/2000 e s.m.i. e delle eventuali sanzioni a carico delle persone che emettono dichiarazioni mendaci in atti pubblici e/o nelle dichiarazioni rese ai sensi dell'art.46 del D.P.R.445/2000 e s.m.i.

Il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'Informativa relativa al trattamento dei propri "dati personali", secondo le modalità indicate nell'art.13 del Regolamento Europeo n.679/2016, scaricabile dal sito [www.andicom.it](http://www.andicom.it).

Con l'invio della pre-iscrizione si intendono accettate le condizioni di pagamento riportate sull'e-mail ricevuta unitamente al modulo d'iscrizione

+ Data e Firma \*:

---