



Possono diventare membri ordinari i **medici** e tutti coloro che operano nel campo dell'**assistenza sanitaria**, pagando una quota annuale di **€ 100,00**.

DATI ANAGRAFICI

Nome (*) _____ Cognome (*) _____

E-mail (*) _____ Sesso (**): _____

Data di nascita (*) _____ Luogo di nascita (*) _____

Città di residenza (*) _____ Provincia (*) _____

Indirizzo e n. civico (*) _____ CAP (*) _____

Cittadinanza (*) _____ Codice Fiscale (*) _____

Titolo di studio (*) _____ Telefono (*) _____

Professione (*): Medico Veterinario Odontoiatra Professioni Sanitarie

Se la tua professione è MEDICO indica la tua area specialistica:

<input type="checkbox"/> Medico	<input type="checkbox"/> Anatomia patologica	<input type="checkbox"/> Anestesia e Rianimazione
<input type="checkbox"/> Cardiocirurgia	<input type="checkbox"/> Cardiologia	<input type="checkbox"/> Chirurgia Generale
<input type="checkbox"/> Chirurgia Plastica	<input type="checkbox"/> Chirurgia vascolare	<input type="checkbox"/> Diagnostica per immagini
<input type="checkbox"/> Ematologia e medicina trasfusionale	<input type="checkbox"/> Endocrinologia e Diabetologia	<input type="checkbox"/> Epatologia
<input type="checkbox"/> Gastroenterologia	<input type="checkbox"/> Gerontologia	<input type="checkbox"/> Ginecologia ed ostetricia
<input type="checkbox"/> Medicina Clinica e Reumatologia	<input type="checkbox"/> Medicina Fisica e Riabilitazione	<input type="checkbox"/> Medicina Interna
<input type="checkbox"/> Neurologia	<input type="checkbox"/> Neuropsichiatria infantile	<input type="checkbox"/> Oculistica
<input type="checkbox"/> Odontostomatologia	<input type="checkbox"/> Oftalmologia	<input type="checkbox"/> Oncologia Medica
<input type="checkbox"/> Ortopedia e Traumatologia	<input type="checkbox"/> Otorinolaringoiatria	<input type="checkbox"/> Radioterapia
<input type="checkbox"/> Senologia	<input type="checkbox"/> Urologia	
<input type="checkbox"/> Altro (scrivi la tua professione)		

Se la tua professione è il SETTORE SANITARIO seleziona la tua area specialistica:

<input type="checkbox"/> Infermiere	<input type="checkbox"/> Logopedista	<input type="checkbox"/> Ostetrica/o
<input type="checkbox"/> Podologo	<input type="checkbox"/> Fisioterapista	<input type="checkbox"/> Terapista della Neuro e Psicomotricità della età evolutiva
<input type="checkbox"/> Tecnico riabilitazione psichiatrica	<input type="checkbox"/> Terapista occupazionale	<input type="checkbox"/> Nutrizionista, Dietista
<input type="checkbox"/> Altro (scrivi la tua professione)		

CONDIZIONI DA ACCETTARE (SPUNTANDO LA CASELLA) PER POTER PROCEDERE CON LA RICHIESTA DI ACCETTAZIONE

- A) dichiara di conoscere ed accettare, senza alcuna riserva, lo statuto, di condividerne gli scopi e le finalità e di impegnarsi al rispetto delle disposizioni in esso contenute ed alle deliberazioni degli organi sociali;
- B) dichiara di essere in possesso dei requisiti di adesione di carattere generale previsti dal Regolamento A.I.R.O.;
- C) dichiara di accettare le condizioni di iscrizione all'associazione che prevedono il versamento di una quota annua associativa di euro 100,00 da versare ogni anno;
- D) dichiara di sapere che l'accettazione come socio è subordinata all'accettazione del Consiglio Direttivo e che, in caso di mancata accettazione, l'eventuale quota versata verrà restituita integralmente;
- E) si impegna a trasmettere annualmente all'organismo preposto (Consiglio Direttivo) una scheda di rilevamento dati, appositamente predisposta, con la quale comunicare ogni elemento utile all'aggiornamento dei dati dell'Elenco Ufficiale dell'associazione;
- F) Autorizza al trattamento, anche con strumenti informatici, dei dati personali e/o sensibili per le esigenze di funzionamento dell'Associazione [Leggi l'informativa sulla privacy](#);
- G) Autorizza la pubblicazione del proprio nominativo sul sito AIRO o su differente materiale divulgativo delle attività dell'Associazione, dei recapiti professionali qui forniti: nome, cognome, titolo, indirizzo, telefono ed email;

Se la tua professione non rientra tra quelle sopra indicate fai una richiesta di adesione all'**A.I.R.O.** tramite email info@accademiaozono.com

Per qualunque informazione o problema legato all'inserimento dei dati e alle modalità di adesione invia una email a info@accademiaozono.com

Il Comitato Direttivo prenderà in carico la tua richiesta e procederà alla verifica dei requisiti di ammissione.

Il pagamento potrà essere effettuato tramite bonifico bancario all'iban:

IBAN: **IT41W0200805085000102091176**

Intestato a: SALUTE OK s.r.l.

Oggetto: Richiesta di associazione per **ANNO CORRENTE** da **IL SUO NOME** e **IL SUO COGNOME**

Es. Richiesta di associazione ad AIRO per **L'ANNO 2024** da **DOTT. MARIO ROSSI**

Importo: € 100

L'ordine verrà processato una volta ricevuto questo documento all'indirizzo info@accademiaozono.com e la registrazione come Socio Ordinario ad A.I.R.O. Accademia Internazionale di Ricerca in Ossigeno-Ozono Terapia per l'anno corrente verrà effettuata previo controllo della ricevuta del bonifico. Assicurarsi di aver riempito correttamente tutti i campi prima dell'invio o non potrà essere processata correttamente la richiesta.

I campi con (*) sono obbligatori. I campi con (**) non sono obbligatori ma solo per fini di comunicazione.