



**DOMANDA DI ISCRIZIONE VOLONTARIA ALLA  
FONDAZIONE O.N.A.O.S.I.**  
(Laureati in Medicina-Chirurgia, Odontoiatria, Medicina  
Veterinaria, Farmacia e Chimica e Tecnologia Farmaceutica)

N. CODICE

(riservato all'ufficio)

**Già Dipendente Pubblico**  
dal .....  
al .....  
c/o .....

**FONDAZIONE O.N.A.O.S.I.**  
**Via Ruggero D'Andreotto, 18**  
**06124 PERUGIA**  
**FAX 075/5058404**

**ANNO 2010**

La/Il sottoscritto/a.....Nata/o il .....  
a .....Codice fiscale .....  
Laureata/o in .....Iscritta/o nell'anno .....  
all'Ordine dei .....della Provincia di .....

Libero Professionista  Convenzionato S.S.N.  Altro

(oppure) Fino all'anno..... iscritta/o all'Ordine dei .....prov. di .....  
Residente nel Comune di.....Prov. ....  
Via.....CAP. .... TEL. ....  
CELL..... FAX ..... E-MAIL.....  
ai sensi e per gli effetti della Legge 7 luglio 1901, n. 306 e successive modificazioni,

**CHIEDE**

di essere iscritta/o quale contribuente volontaria/o a codesta Fondazione, **dichiarando di conoscere lo Statuto, i Regolamenti vigenti pubblicati nel sito [www.onaosi.it](http://www.onaosi.it). e di accettarli per come essi definiscono la vita e l'organizzazione della Fondazione**

**COMUNICA**

di effettuare il pagamento della quota ONAOSI contestualmente all'atto della prima iscrizione volontaria – tramite (barrare la relativa casella):

c/c postale

Conto corrente postale						
IBAN ( coordinate bancarie internazionali)	Paese	Check Digit	CIN	Cod. ABI	CAB	N° Conto
	IT	07	K	07601	03000	000010071066
CODICE BIC					BPPIITRRXXX	
INTESTAZIONE	"FONDAZIONE ONAOSI – Gestione Altre Entrate - SERVIZIO TESORERIA PERUGIA"					

c/c bancario

C/C di Tesoreria c/o Cassa Risparmio Lucca Pisa Livorno fil. Perugia – Via XX Settembre, 73						
IBAN (coordinate bancarie internazionali)	PAESE	CIN EUR	CIN	ABI	CAB	N° CONTO
	IT	36	W	06200	03000	00000000174
INTESTAZIONE	"FONDAZIONE ONAOSI SERVIZIO TESORERIA 06124 PERUGIA"					

Per i versamenti degli anni successivi l'ONAOSI invierà a domicilio uno o più bollettini MAV precompilati con l'esatto importo da pagare e la data di scadenza. Il bollettino potrà essere pagato, senza commissioni a carico del sanitario, presso un qualsiasi sportello bancario e/o postale.

(**Barrare nel caso di titolo alla riduzione della quota intera**) Trasmette (vedasi retro) la dichiarazione sostitutiva, comprovante il diritto a versare una somma ridotta rispetto ad € 155,00 (quota intera 2010).

La/Lo scrivente, pienamente informata/o ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. n. 196/2003, presta il consenso al trattamento dei dati personali propri, anche con mezzi informatici, nella misura strettamente necessaria all'assolvimento dei fini statutari e comunque nei limiti consentiti dalla normativa vigente in materia. In fede.

Data..... **FIRMA (leggibile)**.....

Si allega fotocopia del seguente documento di riconoscimento in corso di validità

\_\_\_\_\_ rilasciato da \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_