



# MODULO DI ISCRIZIONE ALLA FIOTO

PAG.1

Federazione Italiana Operatori in Tecniche  
Ortopediche Via L'Aquila, 62 00176 Roma  
tel. 06/70300325 - fax 06/70300267  
fioto@fioto.it - info@fiotopec.it - www.fioto.it

## DATI GENERALI

DENOMINAZIONE LEGALE AZIENDA

VIA - CAP - CITTA - PROV

P.IVA

CF

MAIL

PEC

WEB

TEL.

FAX

CELL.

LEGALE RAPPRESENTANTE

TECNICO ORTOPEDICO RESPONSABILE

**DIPENDENTI:** Dichiarare tutti i tecnici ortopedici ed indicare lo stato di avanzamento dell'iscrizione all'Ordine barrando la voce di competenza tra 1) 2) 3) 4). Dichiarare il numero totale del personale operante nella sede principale e nelle filiali - DATI OBBLIGATORI

TECNICO ORTOPEDICO: nome cognome (allegare copia del titolo professionale conseguito)

STATO ISCRIZIONE ORDINE: 1) PREISCRITTO  2) RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  3) INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  4) RICEVUTA LA TESSERA CON IL NUMERO DI MATRICOLA

TECNICO ORTOPEDICO: nome cognome (allegare copia del titolo professionale conseguito)

STATO ISCRIZIONE ORDINE: 1) PREISCRITTO  2) RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  3) INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  4) RICEVUTA LA TESSERA CON IL NUMERO DI MATRICOLA

TECNICO ORTOPEDICO: nome cognome (allegare copia del titolo professionale conseguito)

STATO ISCRIZIONE ORDINE: 1) PREISCRITTO  2) RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  3) INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  4) RICEVUTA LA TESSERA CON IL NUMERO DI MATRICOLA

TECNICO ORTOPEDICO: nome cognome (allegare copia del titolo professionale conseguito)

STATO ISCRIZIONE ORDINE: 1) PREISCRITTO  2) RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  3) INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  4) RICEVUTA LA TESSERA CON IL NUMERO DI MATRICOLA

TECNICO ORTOPEDICO: nome cognome (allegare copia del titolo professionale conseguito)

STATO ISCRIZIONE ORDINE: 1) PREISCRITTO  2) RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  3) INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  4) RICEVUTA LA TESSERA CON IL NUMERO DI MATRICOLA

TECNICO ORTOPEDICO: nome cognome (allegare copia del titolo professionale conseguito)

STATO ISCRIZIONE ORDINE: 1) PREISCRITTO  2) RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  3) INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  4) RICEVUTA LA TESSERA CON IL NUMERO DI MATRICOLA

TECNICO ORTOPEDICO: nome cognome (allegare copia del titolo professionale conseguito)

STATO ISCRIZIONE ORDINE: 1) PREISCRITTO  2) RICEVUTA MAIL INVIO ISCRIZIONE ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  3) INVIO DOCUMENTI ALL'ORDINE PROV.LE DI COMPETENZA  4) RICEVUTA LA TESSERA CON IL NUMERO DI MATRICOLA

PERSONALE TECNICO N.

PERSONALE AMMINISTRATIVO N.

## PRESIDI DI PROPRIA PRODUZIONE

ORTESI PODALICHE

ORTESI ARTO INFERIORE

ORTESI ARTO SUPERIORE

ORTESI SPINALI

AUSILI

PROTESI ARTO INFERIORE

PROTESI ARTO SUPERIORE



## MODULO DI ISCRIZIONE ALLA FIOTO

PAG.2

Federazione Italiana Operatori in Tecniche  
Ortopediche Via L'Aquila, 62 00176 Roma  
tel. 06/70300325 - fax 06/70300267  
fioto@fioto.it – info@fiotopec.it - www.fioto.it

### DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA ATTESTANTE IL POSSESSO DEI REQUISITI PREVISTI NELL'ART.2 REG.STATUTO FIOTO

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nella sua veste di legale rappresentante, chiede l'iscrizione della summenzionata azienda alla F.i.o.t.o. (Federazione Italiana degli Operatori in Tecniche Ortopediche) e dichiara di aver preso attenta visione e di accettare in ogni parte lo Statuto; dichiara inoltre che la stessa ditta non è iscritta ad altra associazione di categoria; **dichiara che la stessa ditta risponde e possiede i requisiti richiesti e contemplati nell'art. 2 del Regolamento Generale dello Statuto Fioto.**

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali, presa visione dell'informativa relativa al trattamento dei dati medesimi sul sito web di FIOTO (www.fioto.it) redatta ai sensi dell'art.13 D.Lgs. 196/2003 ed art.13 Regolamento UE 2016/679.

data	firma
------	-------

### MODALITA' PER L'ISCRIZIONE:

**IMPORTI: €1.000,00 sett. A - €1.500,00 sett. B - €2.000,00 sett. C** (sett. A fino a 3 dipendenti - sett. B fino a 5 dipendenti - sett. C da 6 dipendenti e oltre).

**VERSAMENTI: 1° RATA scadenza 28 febbraio 2019 - 2° RATA scadenza 31 luglio 2019.**

Il versamento viene effettuato tramite bonifico bancario sul conto corrente n.5419067 della Banca Popolare di Sondrio, Agenzia di Via Foligno, 51/a Roma, intestato a Fioto:

**IBAN IT 23 L 05696 03213 000 005 419 X67** - (Causale di versamento: Iscrizione alla Fioto anno 2019 - \_\_\_\_\_)

### AL PRESENTE MODULO SI ALLEGANO

- 1) Copia della iscrizione alla Camera di Commercio contenente l'indicazione delle persone che hanno la legale rappresentanza e, se trattasi di società, dei nomi dei componenti il CDA;
- 2) Copia del diploma di t.o. del titolare e degli altri tecnici assunti dall'azienda;
- 3) Foto (formato tessera) del legale rappresentante .
- 4) Copia documento identità del legale rappresentante



## MODULO DI ISCRIZIONE ALLA FIOTO (PAG.3)

Federazione Italiana Operatori in Tecniche  
Ortopediche Via L'Aquila, 62 00176 Roma  
tel. 06/70300325 - fax 06/70300267  
fioto@fioto.it - info@fiotopec.it - www.fioto.it

DENOMINAZIONE FILIALE

VIA - CAP - CITTA - PROV

TEL,

FAX

MAIL

DENOMINAZIONE FILIALE

VIA - CAP - CITTA - PROV

TEL,

FAX

MAIL

DENOMINAZIONE FILIALE

VIA - CAP - CITTA - PROV

TEL,

FAX

MAIL

DENOMINAZIONE FILIALE

VIA - CAP - CITTA - PROV

TEL,

FAX

MAIL

DENOMINAZIONE FILIALE

VIA - CAP - CITTA - PROV

TEL,

FAX

MAIL

DENOMINAZIONE FILIALE

VIA - CAP - CITTA - PROV

TEL,

FAX

MAIL

DENOMINAZIONE FILIALE

VIA - CAP - CITTA - PROV

TEL,

FAX

MAIL