

SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dott.

Cognome.....Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Indirizzo..... Città..... Prov..... Cap.....

Telefono casa..... Cell.....

E-mail.....Codice fiscale.....

Regione..... ASL/Osp./Ente.....

Ordine dei Medici di appartenenza.....

P.O./Distretto.....Reparto o servizio.....

Specialità.....Qualifica.....

Rapporto di lavoro. Tempo: Determinato Indeterminato / Tipo: Esclusivo Non esclusivo

Chiede l'iscrizione alla Federazione CIMO-FESMED

DIPARTIMENTO CIMO

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento CIMO

DIPARTIMENTO FESMED

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico A.C.O.I.

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico A.O.G.O.I.

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico S.E.D.I.

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico S.U.M.I.

Con la presente autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dal Dipartimento e Settore specifico prescelto. Successivamente, in caso di variazione, autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta secondo le modalità e nella misura che vi comunicherà la stessa Federazione CIMO-FESMED. La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda/Ente.

Data Firma

CONSENSO

Dichiara, inoltre, di aver ricevuto copia e preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 allegata alla presente scheda di iscrizione. Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza la Federazione CIMO-FESMED ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto del Regolamento sopra citato, per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto della Federazione CIMO-FESMED.

Data..... Firma

Trasmettere via fax 06/6780101 o inviare a segreteria@federazionecimofesmed.it