



IL SINDACATO DEI MEDICI

## SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto Dott. Cognome.....  
Nome.....  
luogo e data di nascita .....  
abitante a .....prov ..... cap.....  
via ..... n. ....  
telefono casa ..... cell:.....  
e-mail.....  
Codice Fiscale.....  
Regione ..... Azienda San./Osp./Ente.....  
Ospedale/Distretto/P.O.....  
Qualifica .....  
Specialità .....  
Reparto o servizio .....

Dipendente  Altra tipologia .....

Chiede l'iscrizione a CIMO e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dalla Direzione Nazionale.

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

Dichiaro, 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 CIMO 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 CIMO.

Data.....

Firma .....

**Trasmettere via fax 06/6780101 o a [sede.nazionale@cimomedici.it](mailto:sede.nazionale@cimomedici.it)**