



SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto Dott./ssa Cognome.....
Nome.....
Luogo e data di nascita.....
Abitante a..... Prov.....Cap.....
Via..... n.....
Telefono abitazione..... Cell.....
E-mail.....
Codice Fiscale.....
Regione..... Azienda Sanitaria/Osp./Ente.....
Ordine Medici di appartenenza.....
Specialità.....

Tipologia di attività:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convenzionato 118 | <input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi |
| <input type="checkbox"/> Guardia Medica | <input type="checkbox"/> Libero Professionista contrattualizzato |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale | <input type="checkbox"/> Libero Professionista non contrattualizzato |
| <input type="checkbox"/> Specialista Ambulatoriale | |

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.....