

SCHEDA DI ADESIONE

Il sottoscritto Dott./ssa.....

Luogo e data di nascita.....

Abitante a..... Prov..... Cap.....

Via..... n.

Tel. abitazione..... Cell.....

E-mail.....

Ordine dei Medici di appartenenza.....

Codice fiscale.....

Regione.....

Chiede l'iscrizione alla sezione pensionati CIMO. Con la presente, inoltre, delega la sede provinciale INPS (ex INPDAP diad effettuare con decorrenza dalla data della presente la trattenuta sulla pensione diretta di cui è titolare (numero di posizione)
INPS (ex INPDAP) nella misura di € 10/mese ad esclusione della tredicesima mensilità.

Riconosco al Sindacato la facoltà di modificare, negli anni successivi, la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura, se non interviene la revoca a mezzo raccomandata indirizzata alla sede provinciale INPS (ex INPDAP) che eroga la pensione e per conoscenza alla federazione sindacale interessata.

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 via mail sede.nazionale@cimomedici.it
unitamente alla copia della carta d'identità**