

## SCHEDA ADESIONE FEDERAZIONE CIMO-FESMED NUOVI ISCRITTI

### DIPARTIMENTO CIMO Pensionati

#### “Convenzione ENPAM”

Il/La sottoscritto/a Dott./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.....

**Matricola ENPAM** (13 caratteri alfanumerici) .....  
(codice medico reperibile sul tesserino ENPAM, oppure nell'area riservata ENPAM con SPID, oppure telefonando all'Ordine Provinciale di appartenenza - sezione ENPAM).

**Chiede l'iscrizione alla Sezione Pensionati del Dipartimento CIMO**, ai sensi della Convenzione stipulata tra **CIMO ed ENPAM** in data **03/03/2025**, concernente il versamento dei contributi sindacali mediante **trattenuta mensile** effettuata dall'ENPAM sul proprio trattamento pensionistico.

Con la presente, pertanto, delega la Fondazione ENPAM ad effettuare, con decorrenza dal primo giorno del mese successivo alla ricezione della presente scheda, la **trattenuta mensile sulla pensione** diretta di cui è titolare, nella misura di **€ 10,00 (dieci/00)**, ad esclusione della tredicesima mensilità.

Riconosce al Sindacato la facoltà di modificare, negli anni successivi, la misura del contributo sindacale sopra indicata. In tal caso, la presente delega si intenderà tacitamente confermata per la nuova misura, a seguito di comunicazione da parte del Sindacato. È sempre possibile revocare l'iscrizione mediante invio di comunicazione a mezzo PEC all'Organizzazione Sindacale.

Data..... Firma.....

#### CONSENSO

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver ricevuto copia, e, in ogni caso, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 allegata alla presente scheda di iscrizione, e, pertanto, di autorizzare il dipartimento CIMO e, per quanto di competenza, la Federazione CIMO-FESMED ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda, nel rispetto del predetto Regolamento, per la realizzazione dei propri fini istituzionali, ai sensi dei vigenti Statuti di CIMO e della Federazione CIMO-FESMED.

Data..... Firma.....

**Trasmettere via fax 06/6780101 o via mail a [cimopensionati@gmail.com](mailto:cimopensionati@gmail.com)**