

SCHEDA ADESIONE FEDERAZIONE CIMO-FESMED NUOVI ISCRITTI

DIPARTIMENTO CIMO

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

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.....

Ospedale/Distretto/P.O.....

Qualifica.....Specialità.....

.....Reparto o servizio.....

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

Chiede l'iscrizione a

☒ **Federazione CIMO-FESMED / DIPARTIMENTO CIMO**

(L'Amministrazione dovrà fare riferimento all'IBAN che CIMO si impegnerà a trasmettere in sede di notifica)

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 lo stesso Dipartimento CIMO della 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

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 iscrizioni@cimomedici.it