

SCHEMA 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.

Si precisa che nel caso in cui il sottoscritto abbia rilasciato e/o rilasci ulteriori deleghe sindacali, ex art. 55, comma 1 ter, L.P. 7/1997 e art. 7, co.2, dell'Accordo collettivo provinciale quadro sulle prerogative sindacali dd. 05.05.2003 opta per l'Organizzazione Sindacale CIMO ai fini della propria rappresentanza.

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 sede.nazionale@cimomedici.it