SCHEDA ADESIONE FEDERAZIONE CIMO-FESMED NUOVI ISCRITTI

DIPARTIMENTO CIMO

II/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