

SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto Dott. 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 alla Federazione CIMO-FESMED

DIPARTIMENTO CIMO

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento CIMO

DIPARTIMENTO FESMED

- Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED
- Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico A.C.O.I.
- Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico A.O.G.O.I.
- Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico S.E.D.I.
- Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento FESMED / Settore specifico S.U.M.I.

DIPARTIMENTO ANPO-ASCOTI

- Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento ANPO-ASCOTI / Settore specifico ANPO
- Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento ANPO-ASCOTI / Settore specifico ASCOTI

DIPARTIMENTO CIMOP

Federazione CIMO-FESMED / Dipartimento CIMOP

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 la stessa 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

Dichiara, 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 la Federazione CIMO-FESMED 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 della Federazione CIMO-FESMED.

Data..... Firma

Trasmettere via fax 06/6780101 o scrivere a segreteria@federazionecimofesmed.it