

SCHEDA ADESIONE CIMO NUOVI ISCRITTI
altre tipologie

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

Cognome.....Nome.....

Luogo e data di nascita.....

Indirizzo.....Città.....Prov.....Cap.....

Telefono casaCell.....

E-mail.....

Codice fiscale.....Regione.....

Ordine dei Medici di appartenenza.....

AZIENDA/Ente.....

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

Qualifica.....Specialità.....

Reparto o servizio.....

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

Tipologia di attività:

Convenzionato 118

Libero Professionista contrattualizzato

Medicina dei Servizi

Libero Professionista non contrattualizzato

Guardia Medica

(N.B. per il Libero Professionista iscrizione tramite bonifico bancario da concordare con la Segreteria Regionale)

Medicina Generale

Specialista Ambulatoriale

Chiede l'iscrizione a CIMO

Con la presente, **ad esclusione dell'iscrizione tramite bonifico bancario**, autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dalla Direzione Nazionale. 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 Segreteria Nazionale CIMO. 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 sede.nazionale@cimomedici.it