



SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto Dott. Cognome.....
Nome.....
luogo e data di nascita
abitante aprov cap.....
via n.
telefono casa cell:.....
e-mail.....
Codice Fiscale.....
Regione Azienda San./Osp./Ente.....
Ospedale/Distretto/P.O.....
Qualifica
Specialità
Reparto o servizio
 Dipendente Altra tipologia

Chiede l'iscrizione a CIMO e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dalla Direzione Nazionale.
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

Dichiaro, 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 CIMO 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 CIMO.

Data.....

Firma

Trasmettere via fax 06/6780101 o a sede.nazionale@cimomedici.it