



## SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI **CIMO** (altre tipologie)

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa Cognome .....  
Nome .....  
Luogo e Data di Nascita .....  
Indirizzo ..... Città ..... Prov. .... Cap .....  
Telefono casa ..... Cell. ....  
Telefono Ospedale .....  
E-mail ..... Codice Fiscale .....  
Regione ..... Azienda ULSS/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

### 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*

☐ Medicina Generale

*da concordare con la Segreteria Regionale)*

☐ 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 verrà comunicata. 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 il Dipartimento CIMO e, per quanto di competenza, 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 dei vigenti Statuti di CIMO e della Federazione CIMO-FESMED.

Data .....

Firma .....

**Trasmettere tramite mail a [segreteria@cimoveneto.it](mailto:segreteria@cimoveneto.it)**