



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:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Convenzionato 118 | <input type="checkbox"/> Libero Professionista contrattualizzato |
| <input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi | <input type="checkbox"/> Libero Professionista non contrattualizzato |
| <input type="checkbox"/> Guardia Medica | <i>(N.B.: per il Libero Professionista iscrizione tramite bonifico bancario</i> |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale | <i>da concordare con la Segreteria Regionale)</i> |
| <input type="checkbox"/> 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