



SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI **CIMO MEDICI SPECIALIZZANDI**

(GLI ASSUNTI A TEMPO DETERMINATO DOVRANNO COMPILARE LA SCHEDA DEI DIPENDENTI)

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa Cognome

Nome

Luogo e Data di Nascita

Abitante a Prov. CAP

Via n.

Telefono casa Cell.

Telefono Ospedale

E-mail

Codice Fiscale

Regione Azienda ULSS/OSP.

Ospedale/Distretto

Qualifica **MEDICO SPECIALIZZANDO**

Specialità

Reparto o Servizio

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA SEZIONE **CIMO SPECIALIZZANDI**

Con la presente, inoltre, **si impegna a versare alla Segreteria Nazionale **CIMO** l'importo di euro 50,00 (cinquanta)** quale quota annuale di iscrizione, stabilita dalla Direzione Nazionale, tramite bonifico bancario intestato a:

CIMO Nazionale - IBAN IT80H030480100000000088292 (Banca del Piemonte - Sede di Torino)

Causale: **Iscrizione **CIMO** Medico Specializzando**

La validità dell'iscrizione è annuale e verrà da me anticipata nel mese di gennaio di ogni anno.

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 unitamente a copia del bonifico bancario