



## 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 ..... Fax .....

E-mail ..... Codice Fiscale .....

Regione ..... Azienda ULSS/OSP./Ente .....

Ordine dei Medici di appartenenza .....

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

Specialità ..... Reparto o Servizio .....

### **Tipologia di attività:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Convenzionato 118         | <input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi                        |
| <input type="checkbox"/> Guardia Medica            | <input type="checkbox"/> Libero Professionista contrattualizzato     |
| <input type="checkbox"/> Medicina Generale         | <input type="checkbox"/> Libero Professionista non contrattualizzato |
| <input type="checkbox"/> Specialista Ambulatoriale |  |

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. 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 via fax allo 0444/964265 o tramite mail a [segreteria@cimoveneto.it](mailto:segreteria@cimoveneto.it)**