



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
Rapporto di lavoro: Tempo ☐ Determinato ☐ Indeterminato / Tipo ☐ Esclusivo ☐ Non Esclusivo

Tipologia di attività:

- | | |
|--|--|
| ☐ Convenzionato 118 | ☐ Medicina dei Servizi |
| ☐ Guardia Medica | ☐ Libero Professionista contrattualizzato |
| ☐ Medicina Generale | ☐ Libero Professionista non contrattualizzato |
| ☐ 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