IL SINDACATO DEI MEDICI

SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI CIMO MEDICI SPECIALIZZANDI

Il sottoscritto Dott./Dott.ssa Cognome .....

Nome .....

Luogo e Data di Nascita .....

Abitante a ..... Prov. ..... CAP .....

Via ..... n. .....

Telefono casa ..... Cell. .....

Telefono Ospedale ..... Fax .....

E-mail .....

Codice Fiscale .....

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

Ospedale/Distretto .....

Qualifica **MEDICO SPECIALIZZANDO**

Specialità .....

Reparto o Servizio .....

Chiede l'iscrizione alla Sezione CIMO **SPECIALIZZANDI** per la quota annuale di **euro 50,00** stabilita dalla Direzione Nazionale.

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

CIMO Nazionale - IBAN **IT80H0304801000000000088292** (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 via fax allo 0444/964265 o tramite mail a segreteria@cimoveneto.it
unitamente a copia del bonifico bancario