



SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dott. Cognome.....
Nome.....
luogo e data di nascita

abitante a prov cap.....
via n.
tel. casa cell.....tel. ospedale

e-mail.....
Codice Fiscale.....
Regione Azienda Sanitaria

Ospedale/Distretto.....
Qualifica

Specialità :

Reparto o servizio

Chiede l'iscrizione a C.I.M.O.-A.S.M.D. e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dalla Direzione nazionale. 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 Sanitaria.

Data

Firma

CONSENSO

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì C.I.M.O.-A.S.M.D. ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto della D.Lgs.196/2003 di "Tutela della Privacy", per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto C.I.M.O.-A.S.M.D.

Firma