



SCHEMA ADESIONE

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:
Tipo di contratto

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.

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 CIMO 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 CIMO.

Firma