

**SCHEDA ADESIONE CIMO NUOVI ISCRITTI
MEDICI SPECIALIZZANDI**

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Cognome.....Nome.....

Luogo e data di Luogo nascita.....

Indirizzo..... Città.....Prov.....Cap.....

Telefono casa Cell.....

E-mail.....

Codice fiscale.....Regione.....

ASL/Osp./Ente.....

Ordine dei Medici di appartenenza.....

Qualifica: MEDICO SPECIALIZZANDO

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

Specialità.....

Reparto o servizio.....

Chiede l'iscrizione alla Sezione SPECIALIZZANDI CIMO.

Con la presente, inoltre, si impegna a versare alla Segreteria Nazionale CIMO **€ 50,00 (cinquanta)** quale quota annuale di iscrizione, stabilita dalla Direzione Nazionale, tramite bonifico bancario intestato a:

**CIMO Nazionale – IBAN IT80 H030 4801 0000 0000 0088 292
(Banca del Piemonte - Sede centrale di Torino)**

La validità dell'iscrizione è annuale e verrà da me anticipata nel mese di **Gennaio di ogni anno.**

Data Firma

CONSENSO

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di aver ricevuto copia, e, in ogni caso, di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati ex artt. 6 e 13 del Regolamento UE 2016/679 allegata alla presente scheda di iscrizione, e, pertanto, di autorizzare il dipartimento CIMO e, per quanto di competenza, la Federazione CIMO-FESMED ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda, nel rispetto del predetto Regolamento, per la realizzazione dei propri fini istituzionali, ai sensi dei vigenti Statuti di CIMO e della Federazione CIMO-FESMED.

Data Firma

Trasmettere via fax 06/6780101 o via mail sede.nazionale@cimomedici.it
unitamente a copia del bonifico bancario