



**Settore Specifico Associazione Medici del Territorio Co.Si.P.S. - Coordinamento Sindacale
Professionisti della Sanità**

SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dr. cognome.....
nome.....
luogo e data di nascita

abitante a prov cap.....
via n.

telefono casa Cell.....

E-mail.....Codice Fiscale.....

RegioneAzienda San./Osp

Ospedale/Distretto/Dipartimento.....

Qualifica

Specialità

Reparto o Servizio

**Chiede l'iscrizione a CIMO Settore Specifico Associazione Medici del Territorio Co.Si.P.S.
Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità**

e pertanto autorizza la propria Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile di Euro 22,00 a favore del sindacato, importo stabilito dal Coordinamento Nazionale del Co.Si.P.S. 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

Dichiaro, 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 CIMO – Settore Specifico Associazione Medici del Territorio Co.Si.P.S. Coordinamento Sindacale Professionisti della Sanità ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto del Regolamento sopra citato, per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto Co.Si.P.S..

Firma