

**SCHEDA ADESIONE CIMO NUOVI ISCRITTI**  
**altre tipologie**

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

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

Luogo e data di nascita.....

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

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

E-mail.....

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

Ordine dei Medici di appartenenza.....

AZIENDA/Ente.....

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

Qualifica.....Specialità.....

Reparto o servizio.....

Rapporto di lavoro: Tempo:  Determinato  Indeterminato / Tipo:  Esclusivo  Non esclusivo

**Tipologia di attività:**

Convenzionato 118

Libero Professionista contrattualizzato

Medicina dei Servizi

Libero Professionista non contrattualizzato

Guardia Medica

*(N.B. per il Libero Professionista iscrizione tramite bonifico bancario da concordare con la Segreteria Regionale)*

Medicina Generale

Specialista Ambulatoriale

**Chiede l'iscrizione a CIMO**

Con la presente, **ad esclusione dell'iscrizione tramite bonifico bancario**, autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dalla Direzione Nazionale. Successivamente, in caso di variazione, autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta secondo le modalità e nella misura che vi comunicherà la Segreteria Nazionale CIMO. 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/Ente.

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](mailto:sede.nazionale@cimomedici.it)