

**DIPENDENTI**

COPIA PER L'AMMINISTRAZIONE

COPIA PER LA SEGRETERIA

REG./PROV.

COPIA PER LA SEGRETERIA

NAZIONALE

FEDERAZIONE AUTONOMA MEDICI ITALIANI

SCHEDA DI ADESIONE ALLA "Feder.A.M.I."

Alla ASL / AZ. OSP. \_\_\_\_\_

**(indicare Amministrazione di appartenenza)**

Alla Federazione Autonoma Medici Italiani - Viale A. Ballarin, n. 2 – 00142 Roma

\_ I \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

dipendente da codesta Amministrazione, con la qualifica di \_\_\_\_\_

Laurea \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_ - - - - -

Cell \_\_\_\_\_ Tel. Uff. \_\_\_\_\_

Tel. Abit. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

## AUTORIZZA L'AMMINISTRAZIONE IN INDIRIZZO

Ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del Sindacato Federazione Autonoma Medici Italiani per un importo fisso/percentuale da calcolare sul trattamento economico in godimento alla data in cui ha efficacia la presente delega e nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale di appartenenza.

La delega:

- 1) ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 2) può essere dall'\_\_\_\_\_ stesso \_\_\_\_\_ revocata affinché cessino gli effetti a partire dal 1° mese successivo con comunicazione scritta da inviare alla Amministrazione e alla Organizzazione Sindacale. (G.U. n. 45 - SERIE GENERALE del 23-2-1996 - G.U. n. 56 - SERIE GENERALE del 7-3-1996)

\_\_\_\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro 5 giorni del mese successivo cui si riferiscono, all'organizzazione sindacale cui aderisce sul C/C Codice IBAN: IT 81 I 0569603210 000006664X59 intestato a Segreteria Nazionale Federazione Autonoma Medici Italiani Viale A. Ballarin, n. 2 - 00142 Roma.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### Nota della Segreteria Nazionale

Le trattenute mensili da parte delle Amministrazioni, da effettuare sulla retribuzione dei professionisti medici e sanitari iscritti alla Federazione Autonoma Medici Italiani devono corrispondere per i medici, veterinari, odontoiatri e sanitari dipendenti a euro 8,34 mensili.

Tali somme devono essere versate sul C/C Codice IBAN: IT 81 I 0569603210 000006664X59, intestato a Segreteria Nazionale Federazione Autonoma Medici Italiani Viale A. Ballarin, n. 2 - 00142 Roma La Segreteria Nazionale della Federazione Autonoma Medici Italiani è l'unica titolare a comunicare eventuali variazioni a quanto disposto nella presente delega attraverso apposita comunicazione alle Aziende Sanitarie e agli Enti Pubblici e Privati.

Per individuare gli elementi essenziali dell'uso che faremo dei tuoi dati, ti invitiamo a consultare l'informativa per comprendere tutti gli elementi e le attività che interesseranno i tuoi dati personali. Trovi l'informativa nella pagina allegata alla presente delega.

## **INFORMATIVA EX ART. 13 DEL REGOLAMENTO (UE) 2016/679 E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI REGOLAMENTO (UE) 2016/679**

---

Il sottoscritto dichiara di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679, disponibile sul seguente URL:

[http://www.privacylegale.it/informativa\\_vs/?iFCy5bbabMHGAWFHx6AC204P89VZDv](http://www.privacylegale.it/informativa_vs/?iFCy5bbabMHGAWFHx6AC204P89VZDv)

(oppure inquadrando con lo smartphone il QR Code sotto riportato)



e con particolare riferimento alle finalità al trattamento secondo le modalità sopra previste per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività forniti dal Titolare

presta il consenso

nega il consenso

Con particolare riferimento alle finalità al trattamento secondo le modalità sopra previste, ivi compresa la comunicazione a terzi dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività delle strutture Federazione Autonoma Medici Italiani nonché enti, società, associazioni promosse e/o collegate e/o collaterali alla Federazione Autonoma Medici Italiani

presta il consenso

nega il consenso

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_