

**GIOVANI MEDICI**

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

\_ l \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

**SI ISCRIVE**

nella regione \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_

La delega:

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

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

#### **Nota della Segreteria Nazionale**

La Segreteria Nazionale della Federazione Autonoma Medici Italiani è l'unica titolare a comunicare eventuali variazioni a quanto disposto nella presente delega.

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 \_\_\_\_\_