



Feder. A.M.I.
Federazione Autonoma Medici Italiani



LIBERI PROFESSIONISTI

- 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 _____

Tel. Abit. _____ E-mail _____

Tel. Uff. _____ Cell. _____

svolgente la propria attività libero professionale nella regione _____ città _____ prov _____

SI IMPEGNA

Ad effettuare un versamento periodico fisso a favore del Sindacato Federazione Autonoma Medici Italiani stabilito annualmente dalla organizzazione sindacale di appartenenza.

La delega:

1) ha efficacia a partire dal mese di _____ / _____

2) può essere dall_ stess ___ 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

Note della Segreteria Nazionale

Le trattenute mensili dei medici, veterinari, odontoiatri e sanitari libero professionisti iscritti alla Federazione Autonoma Medici Italiani, devono corrispondere ad € 8,34 mensili per dodici mensilità.

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

(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 _____