

COPIA PER LA SEGRETERIA REG./PROV.

COPIA PER LA SEGRETERIA NAZIONALE

SPECIALIZZANDI/FORMANDI

FEDERAZIONE AUTONOMA MEDICI ITALIANI
SCHEDA DI ADESIONE ALLA "Feder.A.M.I."

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

___/___/___ sottoscritto _____ SPECIALIZZANDO/FORMANDO

Laurea _____ Specializzazione _____

presso _____ (indicare amministrazione di appartenenza)

nat _____ a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____

residente in via / piazza _____ n. _____

cap _____ città _____ prov. _____

Cod. Fiscale _____

Tel. Abit. _____ E-mail _____

Tel. Uff. _____ Cell. _____

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' 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)



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

- G.U. n. 56 – SERIE GENERALE del 7-3-1996)

_____li_____



_____FIRMA_____

Nota della Segreteria Nazionale

Le trattenute mensili dei medici, veterinari, odontoiatri e sanitari specializzandi 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 _____