

dati anagrafici

cognome _____ nome _____

nato/a il _____ a _____ codice fiscale _____

indirizzo recapito
(via, piazza, ecc. n.ro civico)

C.A.P. _____ città _____ prov _____

telefono _____ cellulare _____ e-mail _____

- Medico Specialista ambulatoriale interno a rapporto convenzionale branca
- Medico Medicina dei Servizi
- Medico di continuità assistenziale
- Medico di assistenza primaria
- Medico di emergenza
- Medico Veterinario interno a rapporto convenzionale branca
- Medico Dirigente disciplina
- Medico Veterinario Dirigente
- Odontoiatra interno a rapporto convenzionale
- Psicologo interno a rapporto convenzionale branca
- Biologo interno a rapporto convenzionale
- Chimico interno a rapporto convenzionale

Chiede di essere iscritto al S.U.M.A.I. nella sezione provinciale di:

e

AUTORIZZA gli Enti presso cui lavora ad effettuare a suo carico, la trattenuta sindacale da lui dovuta al S.U.M.A.I. (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana), secondo le modalità e nelle misure fissate dagli organi istituzionali. **PRENDE ATTO** che le somme trattenute saranno accreditate al S.U.M.A.I. secondo le modalità previste. **CONSENTE**, che i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto della Legge n.675/1996 e del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, per il perseguimento di scopi determinati e legittimi individuati dall'atto costitutivo, dallo Statuto, dall'Accordo Collettivo Nazionale e dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro. Per i fini predetti, il trattamento dei dati può riguardare anche la tenuta di registri e scritture, elenchi, indirizzari e di altri documenti necessari per la gestione amministrativa dell'Associazione Sindacale oppure per la diffusione di riviste, bollettini e simili

_____ firma _____ data _____