

RICHIESTA DI ADESIONE ALLA FESMED / AOGOI PER I MEDICI DIPENDENTI DEL SSN
(Compilare in stampatello ed inviare ad Aogoi via fax al seguente numero: 02 29525521)

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto Dr Prof

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____

C.F. _____

Indirizzo (via/p.za) _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telef. _____ Fax _____ Mobile _____

E-mail _____

Qualifica _____ Ospedale _____

Denominazione Azienda di appartenenza _____

Indirizzo dell'Azienda (via/p.za e n. civico) _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

chiede di essere iscritto alla FESMED (Federazione Sindacale Medici Dirigenti) articolazione professionale **AOGOI** a partire dal primo giorno del mese successivo alla data della presente richiesta e autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta sindacale di:

- 40 euro mensili (480 euro/anno) da versare sul c/c bancario intestato a **A.O.G.O.I.** presso la **UBI Banca – Filiale di Milano Monte di Pietà – codice IBAN IT62Z031110164500000019863**

Successivamente, in caso di variazione, autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta secondo le modalità e nella misura che vi comunicherà la stessa FESMED/AOGOI.

La presente delega può essere revocata con comunicazione all'Amministrazione e all'organizzazione sindacale interessata. L'effetto della revoca decorrerà dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.

firma _____ data _____

dichiaro di aver preso visione della informativa sul trattamento dei miei dati personali allegata alla presente

allego consenso alle finalità del trattamento dei miei dati personali (modulo prestazione consenso – all. A)

firma _____ data _____

ALLEGATO A – MODULO PRESTAZIONE CONSENSO

Io sottoscritto/a
dichiaro di aver preso visione della informativa ricevuta.

In merito alle finalità in essa esplicitate, comprendo che il conferimento e il trattamento dei miei dati è necessario in relazione alle finalità di cui ai punti:

- a) Invio di informazioni sulle attività istituzionali, informative e formative (sito e riviste);
- b) Analisi e indagini di carattere scientifico e divulgativo, attinenti alla pratica clinica e professionale dei medici specialistici;
- c) Attività di carattere assicurativo e/o di difesa in sede giudiziaria a favore degli Associati;
- d) Indagini o rilevazioni di carattere statistico relative al grado di soddisfazione della qualità dei servizi proposti, eseguite direttamente o attraverso società terze;

In quanto l'eventuale rifiuto a conferire tali dati comporterebbe l'impossibilità di procedere ad adempiere agli obblighi previsti dal contratto associativo.

In relazione alle finalità di cui ai punti:

- e) Invio di informazioni sulle attività istituzionali, informative e formative a mezzo Newsletter;

presto **nego il consenso**

Firma _____

- f) Invio di materiale informativo e promozionale relativo a iniziative promosse da AOGOI/FESMED e da altre Società Terze ad esse collegate, opportunamente vagliate e approvate dal Direttivo e dalla Segreteria AOGOI/FESMED

presto **nego il consenso**

Firma _____

- g) Promozione e vendita di servizi di AOGOI/FESMED o di società Terze, opportunamente vagliate e approvate dal Direttivo e dalla Segreteria AOGOI/FESMED;

presto **nego il consenso**

Firma _____