

**Dipartimento FESMED / Settore specifico A.O.G.O.I.**

**RICHIESTA DI ADESIONE PER I MEDICI DIPENDENTI DEL SSN**  
**(*Compilare in stampatello, firmare ed inviare mediante mail*)**

**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 l'iscrizione alla **Federazione CIMO-FESMED - Dipartimento FESMED / Settore specifico A.O.G.O.I.** 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 **Intesa Sanpaolo**, codice **IBAN IT62L0306901626100000121306**

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

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 \_\_\_\_\_