



CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Oggetto: Iscrizione FIMMG C.A. sezione di Catanzaro

Il/La sottoscritto/a dott.....

nato/a a..... (.....) il..... e residente in..... (.....)

via/piazza..... n..... tel..... fax.....

cellulare..... email..... @.....

Titolare/ Sostituto di Continuità Assistenziale ASP CZ

CHIEDE

di essere iscritto al Sindacato F:I:M:M:G: settore Continuità Assistenziale ed autorizza, pertanto, ad operare la relativa ritenuta di € 10,00 da versare sul c/c bancario: Banca Popolare del Mezzogiorno Agenzia di Catanzaro, conto corrente n. 0615/902086 - coordinate bancarie: IT11V0525604400000000902086 - intestato a F.I.M.M.G. C.A. Sezione di Catanzaro settore Continuità Assistenziale.(Federazione Italiana Medici Medicina Generale Continuità Assistenziale).

Dichiara, altresì, di accettare fin d'ora le eventuali variazioni, preventivamente concordate con la sezione provinciale, relative alle entità delle somme ed alla modalità di esazione.

.....
Ai sensi della legge 31.12.1996 n.675, il richiedente nel sottoscrivere la presente, dichiara di essere informato che i dati personali forniti sono utilizzati per le finalità amministrative o istituzionali della FIMMG, che è titolare del trattamento degli stessi; che il conferimento dei dati è necessario alle suddette finalità; che l'omissione o l'inesattezza dei dati forniti non rende possibile l'iscrizione al Sindacato; che è suo diritto, ai sensi dell'art. 13 della predetta legge, conoscere, dietro motivata richiesta, ed essere informato sulla esistenza, variazione e trattamento dei dati personali che lo riguardano. Acconsente, infine, alla comunicazione dei dati agli Uffici Amministrativi della ASP di competenza, al fine degli adempimenti relativi alla ritenuta mensile a favore del Sindacato.

La presente delega annulla e sostituisce qualsiasi altra precedente firmata; ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata per l'anno successivo, se non annullata con revoca scritta entro il 31 Ottobre dell'anno precedente.

....., li.....

FIRMA