

CIMOP

CONF. ITALIANA MEDICI OSPEDALITA' PRIVATA
Segreteria Nazionale



SCHEDA DI ADESIONE E DELEGA

Il/La sottoscritto/a Dr/ssa _____ specialista
in _____
nato/a a _____ il ____ / ____ / ____
residente in _____ provincia _____ cap. _____
alla via _____ n° _____ cell. _____
e-mail _____ .
Operante con qualifica di _____ presso la casa di cura
_____ sita in _____ prov.
_____ cap. _____ alla via _____ n° _____ tel.
_____ fax _____

in regime di lavoro DIPENDENTE:

tempo pieno; tempo definito; part time a _____ ore.

in regime di lavoro LIBERO PROFESSIONALE coordinato e continuato.

ADERISCE alla CIMOP e AUTORIZZA

L' amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile in favore della CIMOP stessa e nella misura che annualmente sarà comunicata. Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia dal mese di firma in calce;
2. ha validità annuale;
3. si intende tacitamente rinnovata anno per anno;
4. potrà essere dallo stesso revocata con comunicazione scritta inviata all' amministrazione della casa di cura e della CIMOP

Sottoscritto in _____ il _____

In fede _____

Il/La sottoscritto/a _____ dichiara di aver ricevuto l' informativa sul trattamento dei propri dati personali, reperibile sul sito www.cimop.it e ai sensi e per gli effetti dell' art. 7 e ss. Del regolamento (UE) 2016/679:

Consente

Non Consente

Al titolare del trattamento, la comunicazione ed il trasferimento a terzi dei suoi dati di contatto per ottenere informazioni in merito allo svolgimento di eventi, alla stipula di convenzioni e presentazione di offerte commerciali di terze parti, correlate alla sua attività professionale.

FIRMA _____

[Redigere tre copie originali una per l' azienda e due per il sindacato.]

[Si prega di scrivere leggibile, a macchina o stampatello e di compilare tutti gli spazi]