Segreteria Nazionale Settore Amministrativo
Via Scarlatti, 27 - 20124 Milano
Tel. 026694767 - Fax 0266982507
E-mail: segr.naz.milano@anaao.it E-mail: gestioneiscritti@anaao.it
Sede Legale: Via Scarlatti, 27 – CAP 20124 Milano
C.F. 95002860245

RICHIESTA DI ADESIONE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE IN CONVENZIONE

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO
N.B.: campo obbligatorio *

Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale* (indicare esatta denominazione)

☐ AUSL ☐ Azienda Ospedaliera ☐ IRCCS ☐ ARPA ☐ Università ☐ IZS

INDICARE DENOMINAZIONE COMPLETA*:

Presidio di assegnazione*

Indirizzo (via/piazza - n.)* CAP Località Prov.

Il sottoscritto Dott./Prof. **Cognome*** **Nome***

Indirizzo (via/piazza e n. civico)*

Cap * **Località*** **Prov.***

Nato a* **il*** / /

☎ Cell.* ☎ Ab. ☎ Ospedale

E-mail* @

Codice Fiscale* ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ Sesso ☐ M ☐ F

* ☐ **Tempo Indeterminato** * ☐ **Tempo Determinato**

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

in qualità di medico per l'emergenza sanitaria territoriale e nelle more di realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, l'organizzazione dell'emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente ed in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.05.1996

A U T O R I Z Z A

l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile pari a € 18,00** a favore del sindacato ANAAO ASSOMED.
Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. **Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli altri documenti del fascicolo personale;**
3. la stessa potrà essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto della revoca decorre 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.**

Il Sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, secondo le modalità dalla stessa comunicate, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma* _____ **data** _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 per l'espletamento di tutte le attività strumentali alla realizzazione delle finalità istituzionali e degli scopi statutari dell'ANAAO ASSOMED.
Si acconsente altresì che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro, e/o Enti previdenziali e/o Amministrazioni pubbliche, e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.
Ai sensi e nel rispetto degli artt. 130 e 133 del D.lgs. 196/2003 si conferisce inoltre autorizzazione a inviare comunicazioni in forma elettronica, SMS, o MMS, o altro tipo, compresi messaggi E-mail, relative alle attività, iniziative, informazioni e adempimenti da parte dell'ANAAO ASSOMED e delle Società dalla stessa controllate e/o partecipate.
Si dichiara di aver preso visione dell'informativa D.LGS. 196/2003 relativa alla *TUTELA DEI DATI PERSONALI* pubblicata sul sito ufficiale www.anaao.it.
Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma* _____ **data** _____