

**RICHIESTA DI ADESIONE SETTORE OSPEDALITA' PRIVATA ACCREDITATA,
CENTRI DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE ASSISTENZIALI**

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO E DI SCEGLIERE L'OPZIONE DI VERSAMENTO DELLA QUOTA SINDACALE

N.B.: campo obbligatorio *

CASA DI CURA CHE EFFETTUA LA TRATTENUTA SINDACALE* (indicare l'esatta denominazione):

Indirizzo (via/piazza e n. civico)*

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

DIRIGENZA MEDICA *

- area medica/specialità mediche
 area medicina diagnostica e dei servizi
 area chirurgica/specialità chirurgica
 area odontoiatria
 area sanità pubblica
 altro

DIRIGENZA SANITARIA*

- biologo
 farmacista
 psicologo
 fisico
 chimico
 ingegnere clinico
 altro

DIRIGENZA VETERINARIA*

- veterinario

SPECIALIZZAZIONE*

STRUTTURA DI APPARTENENZA*

QUALIFICA*

Responsabile

non Responsabile

*** IN REGIME DI LAVORO DIPENDENTE**

- Tempo Indeterminato
 Tempo Determinato
 Tempo Pieno
 Part time aore

***IN ALTRO REGIME DI LAVORO: SPECIFICARE**

-

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

- Effettuerà il versamento del contributo sindacale tramite bonifico bancario su c/c n. 000000140170 (**IBAN IT19Y 01005 01612 000000140170**) intestato ad ANAAO ASSOMED c/o Banca Nazionale del Lavoro AG. 12 - Milano

AUTORIZZA

l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** (esclusa la 13^a) a favore del sindacato ANAAO ASSOMED – Settore Ospedalità Privata Accreditata nella misura fissata annualmente dall'organizzazione sindacale interessata.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
2. può 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