Segreteria Nazionale:
Via Sambucuccio, 9 – 00162 Roma
Tel. 06.44254168 – Fax 06.94443406
Cod. Fisc.97442340580
www.sindacatomedicitaliani.it – email: info@sindacatomedicitaliani.it

Spett.le

o Azienda .....

o Università di .....

Della Regione...L O M B A R D I A .....

DELEGA SINDACALE ☐ ENPAM ☐ INPS

Il sottoscritto dott.……..C.F..... nato a …….....

il..... residente a ..... CAP..... Prov..... in via…….....

tel..... cell..... E-mail……

A U T O R I Z Z A

L'Amministrazione ad effettuare una trattenuta sulla propria retribuzione mensile a favore del Sindacato dei Medici Italiani - codice IBAN:
IT 57 A 02008 41160 000400075597
UNICREDIT BANCA - Corso Umberto I, 47 - Vinchiaturo (CB) secondo le seguenti modalità

☐ Euro 25,00

C H I E D E

che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro i primi cinque giorni del mese successivo a quello al quale sono riferiti.
Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione dalla Tesoreria Nazionale del Sindacato dei Medici Italiani

La presente delega annulla / non annulla e sostituisce / non sostituisce qualsiasi altra precedentemente firmata, ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata salvo revoca scritta.
L'adesione tramite la presente delega vale anche in caso di trasferimento ad altra A.T.S., passaggio ad altro incarico o acquisizione di primo incarico.

SETTORE	TEMPO INDETERMINATO	TEMPO DETERMINATO
ASSISTENZA PRIMARIA		
CONTINUITA' ASSISTENZIALE		
EMERGENZA TERRITORIALE (118,PRONTO SOCCORSO)		
MEDICINA DEI SERVIZI		
SPECIALISTICA AMBULATORIALE		
SPEC. AMB. VETERINARI		
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA		
MEDICINA PENITENZIARIA		
MEDICINA PRIVATA		
UNIVERSITARIO		
PENSIONATI		

Data …… Firma…….....

INFORMATIVA EX D.LGS 196/2003

Ai sensi del D.Lgs 30/06/2003 n. 196 "Codice di materia di protezione dei dati personali", i dati personali, acquisiti nell'ambito della attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti nella banca dati del Sindacato dei Medici Italiani. Il conferimento dati è facoltativo ma un eventuale rifiuto impedirà una ottimale gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza per adempimenti di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative, in adempimento agli obblighi di legge mediante la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, il raffronto, interconnessione, la comunicazione/diffusione, cancellazione e distribuzione dei dati e dal complesso di operazioni previste per ciò che, secondo il dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 7-8-9-10-13 del citato D.Lgs 30 giugno 2003 n. 196, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento; si ha quindi diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione ovvero, l'integrazione dei dati ed ogni altra modifica prevista dalla legge. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e verranno utilizzati ai fini di invio delle comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativo, di comunicazioni delle iniziative patrocinate da questa O.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questa O.S. o da terzi cui sia stato conferito incarico. Detti dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, confezionamento, consegna e spedizione riviste, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è Sindacato dei Medici Italiani. Con sede in Roma, via Livorno n. 36, presso cui i dati sono trattati e raccolti e presso cui sarà possibile inviare ogni richiesta di consultazione, modificazione, integrazione, rettifica, cancellazione, ovvero opposizione al trattamento dati.

In considerazione della informativa ex d.lgs. 196/2003, orale e scritta riportata sulla presente delega, confermando di essere a conoscenza di facoltà e diritti in essa menzionati, e delle relative modalità d'esercizio, _I sottoscritt ……

Presta il proprio consenso:

affinché i propri dati personali possano essere trattati nelle forme e con le modalità, sopraindicate dichiarando di essere stato/a informato/a, in modo esaustivo, orale e scritto dei diritti di cui al D.Lgs. 196/2003, delle modalità di raccolta dati e del loro possibile utilizzo, del diritto di opporsi al trattamento ed in particolare di quanto previsto dagli articoli 7, 8, 9, 10, 13 dei D.Lgs, summenzionato.

data..... Firma.....

Copia per la A.T.S.

Copia per la Sede Regionale

Copia per la Segreteria Organizzativa