



## SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dott. cognome.....  
nome.....  
luogo e data di nascita .....

abitante a ..... prov ..... cap.....  
via ..... n. ....  
telefono casa ..... cell:.....  
E-mail.....  
Codice Fiscale.....  
Regione .....Azienda San./Osp .....

Ospedale/Distretto.....  
Qualifica .....

Specialità .....

Reparto o servizio .....

Chiede l'iscrizione a CIMO e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito dalla Direzione nazionale.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta.

Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda Sanitaria.

Data .....

Firma .....

### CONSENSO

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì CIMO ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto della D.Lgs.196/2003 di "Tutela della Privacy", per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto CIMO.

**Trasmettere via fax 06/6780101**

Firma .....