

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO A FESPA sezione ANAAO ASSOMED

in qualità di specialista ambulatoriale ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Collettivo Nazionale del 17 dicembre 2015 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari ed altre professionalità ambulatoriali.

A U T O R I Z Z A

l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di uno dei due c/c bancari indicati:

- 1) n. 000000140000 (IBAN IT 79 H 01005 01612 000000140000) c/o Banca Nazionale del Lavoro AG. 12 - Milano
- 2) n. 000000310600 (IBAN IT 27 V 03440 01603 000000310600) c/o Banco di Desio e della Brianza AG. 59 - Milano

nella misura di:

- € 12,00 (dodici euro) Specialisti in convenzione fino a 18 ore settimanali
- € 18,00 (diciotto euro) Specialisti in convenzione oltre le 18 ore e fino alle 30 ore settimanali
- € 25,00 (venticinque euro) Specialisti in convenzione superiore alle 30 ore settimanali

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. può essere revocata esclusivamente a cura dell'interessato 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* (FIRMA IN ORIGINALE)

data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali comuni e particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e norme nazionali vigenti in materia di tutela e libera circolazione dei dati personali per 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 del Regolamento UE 2016/679 e delle norme nazionali vigenti in materia di tutela e libera circolazione dei dati personali, 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 ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata sul sito ufficiale dell'Associazione.

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata)

Firma* (FIRMA IN ORIGINALE)

data _____