

RICHIESTA DI ADESIONE - SETTORE DIRIGENZA SANITARIA

PROFESSIONISTI INQUADRATI NEL COMPARTO

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

Collaboratore Professionale Coordinatore

Collaboratore Professionale

altro (indicare la qualifica)

Specializzazione

Categoria

ANNO DI ASSUNZIONE: _____

Disciplina/Settore di appartenenza

Rapporto tempo determinato

Rapporto tempo indeterminato

Altro

Società Scientifica.....

Iscritto altro Sindacato.....

(segue a p.2)

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

in qualità di dirigente sanitario ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 150/09, con particolare riguardo all'istituzione dell' unica aerea contrattuale della dirigenza del comparto Regioni Sanità ed all'interno di essa di una Sezione delle dirigenza del ruolo sanitario, che raggruppa tutte le categorie della dirigenza medica e sanitaria

A U T O R I Z Z A

l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile di € 13,00** a favore di **ANAAO ASSOMED SETTORE DIRIGENZA SANITARIA**.

Il contributo sindacale dovrà essere versato dall'Azienda tramite bonifico bancario su c/c n. 000000140000 (IBAN IT 79 H 01005 01612 000000140000) intestato ad ANAAO ASSOMED c/o Banca Nazionale del Lavoro AG. 12 - Milano

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 con comunicazione all'Amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto delle revoca decorrerà 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 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 _____