

RICHIESTA DI ADESIONE

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

ANNO DI ASSUNZIONE _____

Collaboratore Tecnico Professionale

CATEGORIA

Biologo Chimico Fisico

altro (indicare la qualifica) _____

Specializzazione _____

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 appartenente alle categorie afferenti alla dirigenza sanitaria ai sensi e per gli effetti del D.Lgs 502/92 e s.m.i.

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 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* _____

data _____