

### Campagnaiscrizione2024/2025 "PRESENTACI UN/UNA COLLEGA"

Ti chiediamo di specificare chi ti ha fatto conoscere la nostra associazione:

Cognome :

Nome :

### **RICHIESTA ADESIONE "DIPENDENTE AZIENDE PUBBLICHE SSN" (ANCHE ASSUNTI DECRETO CALABRIA)"**

#### Il sottoscritto

Cognome:

Nome:

Indirizzo:

CAP:

Località:

Provincia:

Paese:

Nato a:

Il:

Cell:

Ab:

Lavoro:

Fax:

E-mail:

E-mail lavoro:

Indirizzo PEC:

Codice fiscale:

Sesso:

Iscritto all'ordine Professionale della Provincia di: -

con il numero: -

Ente / datore di lavoro:

Presidio / ospedale:

#### Tipologia di iscrizione

Settore:

Disciplina:

Tipo Contratto:

Qualifica:

Tipo Rapporto:

Part-time: %

Tipo Pagamento:

Esclusività:

Primo anno assunzione SSN:

Altro sindacato:

Società scientifica:

## CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED AUTORIZZA

L'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile (esclusa la 13<sup>a</sup>) a favore del sindacato ANAAO ASSOMED nella misura fissata annualmente dall'organizzazione sindacale interessata.

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. la stessa potrà 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 (in originale)

Luogo e 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 (in originale)

Luogo e data