

**RICHIESTA DI ADESIONE EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE IN CONVENZIONE**

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\*

Indirizzo PEC

**Codice Fiscale\*** **Sesso**  M  F\*  **Tempo Indeterminato** \*  **Tempo Determinato****CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED**

in qualità di medico per l'emergenza sanitaria territoriale e nelle more di realizzazione delle disposizioni di cui all'art. 8, comma 1 bis del decreto legislativo n. 502/92 e successive modificazioni, l'organizzazione dell'emergenza sanitaria territoriale viene realizzata in osservanza della programmazione regionale esistente ed in coerenza con le norme di cui al D.P.R. 27 marzo 1992 e dell'Atto d'intesa tra Stato e Regioni di applicazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria pubblicato nella G.U. del 17.05.1996

**AUTORIZZA**l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile pari a € 18,00** a favore del sindacato ANAAO ASSOMED.

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 digitale (facoltativa, solo se abilitata) \_\_\_\_\_

**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 statuari 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\* (in originale)** \_\_\_\_\_**data** \_\_\_\_\_