

## 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\***      @

**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

### A U T O R I Z Z A

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 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\*** \_\_\_\_\_ **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](http://www.anaao.it).

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

**Firma\*** \_\_\_\_\_ **data** \_\_\_\_\_