

RICHIESTA DI ADESIONE DIRIGENTI DIPENDENTI SSN

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

PRIMO ANNO DI ASSUNZIONE NEL SSN*:

<p>DIRIGENZA MEDICA *</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> area medica/specialità mediche <input type="checkbox"/> area medicina diagnostica e dei servizi <input type="checkbox"/> area chirurgica/specialità chirurgica <input type="checkbox"/> area odontoiatria <input type="checkbox"/> area sanità pubblica <input type="checkbox"/> altro 	<p>DIRIGENZA SANITARIA*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> biologo <input type="checkbox"/> farmacista <input type="checkbox"/> psicologo <input type="checkbox"/> fisico <input type="checkbox"/> chimico <input type="checkbox"/> ingegnere clinico <input type="checkbox"/> altro 	<p>DIRIGENZA VETERINARIA*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> veterinario
---	---	---

SPECIALIZZAZIONE*

STRUTTURA DI APPARTENENZA*

<p>*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tempo Indeterminato <input type="checkbox"/> Tempo Determinato 	<p>*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rapporto esclusivo <input type="checkbox"/> Rapporto non esclusivo 	<p>*</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tempo Pieno <input type="checkbox"/> Part time
--	--	--

<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dirigente con esperienza professionale inferiore 5 anni <input type="checkbox"/> Dirigente responsabile di struttura complessa <input type="checkbox"/> Altri 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dirigente con esperienza professionale superiore 5 anni <input type="checkbox"/> Dirigente responsabile di struttura semplice
--	---

Iscritto Società Scientifica..... Iscritto altro Sindacato.....

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

A U T O R I Z Z A

l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile (esclusa la 13^a) 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 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.

Firma digitale (facoltativa, solo se abilitata) _____

Firma*

data