

Domanda di Iscrizione alla FIMMG

Alla Sezione Provinciale Fimmg di _____

Il Sottoscritto Dott. Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ Codice fiscale _____

Indirizzo abitazione _____

Località _____ Cap _____ Prov. _____

Tel.abitazione _____ Fax abitazione _____

Indirizzo Studio Principale _____

Località _____ Cap _____ Prov. _____

Tel Studio _____ Fax Studio _____

Cellulare N° _____ Email _____

ASL N° _____ Distretto Sanitario N° _____ Codice Regionale N° _____

Giorno-Mese-Anno di Laurea _____

Attività: Emergenza sanitaria

chiede di essere Iscritto alla FIMMG

Data _____ Firma _____

Ai sensi della legge 31/12/1996, n° 675, il richiedente nel sottoscrivere la presente, dichiara di essere informato che i dati personali forniti sono utilizzati per le finalità amministrative ed istituzionali della FIMMG, che è titolare del trattamento degli stessi; che il conferimento dei dati è necessario alle suddette finalità; che l'omissione o l'inesattezza dei dati forniti non rende possibile l'iscrizione al Sindacato; che è suo diritto, ai sensi dell'art. 13 della predetta Legge, conoscere, dietro motivata richiesta, ed essere informato sulla esistenza, variazione e trattamento dei dati personali che lo riguardano. Acconsente, infine, alla comunicazione dei dati agli Uffici Amministrativi della ASL di competenza al fine degli adempimenti relativi alla ritenuta mensile a favore del Sindacato.

Data _____ Firma _____