



FEDERAZIONE ITALIANA MEDICI MEDICINA GENERALE
SETTORE CONTINUITA' ASSISTENZIALE
SEGRETERIA PROVINCIALE FIMMG DI SALERNO

Via Salerno, 4 - 84025 Eboli
tel. & fax: 1780 - 010741 FAX 0828 369410
mailto:lsiri@tiscalinet.it

Al Direttore Generale ASL SA

Al Direttore Sanitario ASL SA

Al Direttore Amministrativo ASL SA

E p.c. Al Responsabile Settore Ragioneria ed informatica ASL SA

Oggetto: Iscrizione FIMMG Continuità Assistenziale

Il sottoscritto Dott. _____

Nato a _____ (_____) CAP _____ Tel. _____

Via _____ n° _____

CONTINUITA' ASSISTENZIALE _____ ASL _____

Chiede

Di essere iscritto al Sindacato F.I.M.M.G. ed autorizza, pertanto ad operare la relativa ritenuta mensile pari al 0,65 % della quota base oraria dei propri compensi da versare sul **C.C. Bancario n° 00150948 presso Banca Meditarrenca ABI 5332 CAB 76200 di Eboli (SA) sito alla via Amendola , intestato a F.I.M.M.G. - Settore Continuità Assistenziale Provinciale di Salerno**

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 ai fine degli adempimenti relativi alla ritenuta mensile a favore del Sindacato.

La presente delega annulla e sostituisce qualsiasi altra precedentemente firmata, ha validità annuale e si intende tacitamente rinnovata per l'anno successivo, se non annullata con revoca scritta entro il 31 ottobre dell'anno precedente

Data _____

Firma _____