Dipartimento Amministrativo e Sede Legale
Via Scarlatti, 27 - 20124 Milano
Tel. 026694767 Fax 0266982507
C.F. 95002860245

RICHIESTA DI ADESIONE SETTORE OSPEDALITA' PRIVATA ACCREDITATA, CENTRI DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE ASSISTENZIALI

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO E SCEGLIERE L'OPZIONE DI VERSAMENTO DELLA QUOTA SINDACALE

CASA DI CURA CHE EFFETTUA LA TRATTENUTA SINDACALE (indicare esatta denominazione)

Presidio di assegnazione - Indirizzo (via/piazza e n. civico)

CAP Località Prov.

Il sottoscritto Dott./Prof. Nome Cognome

Indirizzo (via/piazza e n.civico)

Cap Località Prov

Nato a il

☎ Ab. ☎ Ospedale

☎ Cell. E-mail

Codice Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Sesso ❑M ❑F

DIRIGENZA MEDICA
- ❑ area medica/specialità mediche
- ❑ area medicina diagnostica e dei servizi
- ❑ area chirurgica/specialità chirurgica
- ❑ area odontoiatria
- ❑ area sanità pubblica
- ❑ altro

DIRIGENZA SANITARIA
- ❑ biologo
- ❑ farmacista
- ❑ psicologo
- ❑ fisico
- ❑ chimico
- ❑ altro

SPECIALIZZAZIONE

QUALIFICA ❑ Responsabile ❑ non Responsabile

IN REGIME DI LAVORO DIPENDENTE
- ❑ Tempo Indeterminato
- ❑ Tempo Determinato
- ❑ Tempo Pieno
- ❑ Part time a ……ore

IN ALTRO REGIME DI LAVORO: SPECIFICARE
- ❑ ……
- ❑ ……

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

- ❑ Effettuerà il versamento del contributo sindacale tramite bonifico bancario su c/c n. 000000140170 (**IBAN IT19Y 01005 01612 000000140170**) intestato ad ANAAO ASSOMED c/o Banca Nazionale del Lavoro AG. 12 - Milano

- ❑ **AUTORIZZA** l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** (esclusa la 13^) a favore del sindacato ANAAO ASSOMED – Settore Ospedalità Privata Accreditata 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. può 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 _____ 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 ad inviare comunicazioni in forma elettronica, SMS, o MMS, o altro tipo, compresi messaggi e-mail, relative alle attività, iniziative, informazioni ed 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 www.anaao.it.

firma _____ data _____