

dati anagrafici	
cognome	nome
nato/a il	a
	codice fiscale

indirizzo recapito (via, piazza, ecc. n.ro civico)	
C.A.P.	città
	prov
telefono	cellulare
	e-mail

Medico Specialista ambulatoriale interno a rapporto convenzionale **branca** _____

Medico Medicina dei Servizi

Medico di continuità assistenziale

Medico di Medicina Generale **Codice regionale:** _____ **ASL** _____

Medico di emergenza

Medico Veterinario interno a rapporto convenzionale **branca** _____

Medico Dirigente **disciplina** _____

Medico Veterinario Dirigente

Odontoiatra interno a rapporto convenzionale

Psicologo interno a rapporto convenzionale **branca** _____

Biologo interno a rapporto convenzionale

Chimico interno a rapporto convenzionale

In attesa di incarico

data di assunzione: _____

gg mm aaaa

Attività lavorativa svolta presso:

ASL Azienda Ospedaliera INAIL SASN Sanità Militare

Chiede di essere iscritto al S.U.M.A.I.

Alla Sezione provinciale di: _____

e

AUTORIZZA gli Enti presso cui lavora ad effettuare a suo carico, la trattenuta sindacale da lui dovuta al S.U.M.A.I. (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana), secondo le modalità e nelle misure fissate dagli organi istituzionali.

PRENDE ATTO che le somme trattenute saranno accreditate al S.U.M.A.I. secondo le modalità previste.

CONSENTE, che i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto della Legge n.675/1996 e del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196, per il perseguimento di scopi determinati e legittimi individuati dall'atto costitutivo, dallo Statuto, dall'Accordo Collettivo Nazionale e dal Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro. Per i fini predetti, il trattamento dei dati può riguardare anche la tenuta di registri e scritture, elenchi, indirizzari e di altri documenti necessari per la gestione amministrativa dell'Associazione Sindacale oppure per la diffusione di riviste, bollettini e simili

firma

data