



Associazioni Pediatri Ospedalieri Italiani

SCHEDA ADESIONE NUOVI ISCRITTI

Il sottoscritto dott
Cognome)
.....
(Nome)

Luogo e data di nascita

Residente a prov cap

Via n

Tel mail

Codice fiscale

Regione Azienda Sanitaria

Presidio Ospedaliero o territoriale

Qualifica

Specialità di inquadramento.....

Unità operativa o servizio

Chiede l'iscrizione a **CIMO-ASMD-SETTORE SPECIFICO ASPOI** e pertanto autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato per l'importo stabilito ai sensi dello statuto. La quota dovrà essere accreditata sul c/c bancario intestato ad ASPOI : codice IBAN IT 08 H 02008 01619 000101213965)

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda Sanitaria.

Data Firma

CONSENSO

Con la firma sottostante il sottoscritto autorizza altresì CIMO-ASMD-SETTORE SPECIFICO ASPOI ad utilizzare le informazioni contenute nella presente scheda nel rispetto della D.Lgs.196/2003 di "Tutela della Privacy", per la realizzazione dei propri fini istituzionali ai sensi del vigente Statuto.

Data Firma

- Il presente modulo va compilato in duplice copia.
- Consegnare una copia alla propria Amministrazione Ospedaliera e trasmettere l'altra per fax al numero 02/45498199