

## **RICHIESTA DI ADESIONE DIRIGENTI DIPENDENTI SSN**

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO

N.B.: campo obbligatorio \*

Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale\* (indicare esatta denominazione)

AUSL       Azienda Ospedaliera       IRCCS       ARPA       Università       IZS

**INDICARE DENOMINAZIONE COMPLETA\*:**

Presidio di assegnazione\*

Indirizzo (via/piazza - n.)\*      CAP      Località      Prov.

Il sottoscritto Dott./Prof. **Cognome\***

**Nome\***

Indirizzo (via/piazza e n. civico)\*

Cap \*      Località\*

Prov.\*

Nato a\*      il\*      /      /

Cell.\*       Ab.       Ospedale

e-mail\*

Indirizzo PEC

Codice Fiscale

**Sesso**       M       F

**PRIMO ANNO DI ASSUNZIONE NEL SSN\*:**

**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
- ingegnere clinico
- altro

**DIRIGENZA VETERINARIA\***

- veterinario

**SPECIALIZZAZIONE\***

**STRUTTURA DI APPARTENENZA\***

- Tempo Indeterminato       Rapporto esclusivo       Tempo Pieno
- Tempo Determinato       Rapporto non esclusivo       Part time

- Dirigente con esperienza professionale inferiore 5 anni       Dirigente con esperienza professionale superiore 5 anni
- Dirigente responsabile di struttura complessa       Dirigente responsabile di struttura semplice
- Altri
- Iscritto Società Scientifica.....       Iscritto altro Sindacato.....

## CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

### A U T O R I Z Z A

l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** (esclusa la 13<sup>a</sup>) a favore del sindacato ANAAO ASSOMED 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. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. **Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli altri documenti del fascicolo personale;**
3. la stessa potrà essere revocata **esclusivamente a cura dell'interessato** 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 digitale (**facoltativa, solo se abilitata**) \_\_\_\_\_

**Firma\* (in originale)** \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali comuni e particolari ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e norme nazionali vigenti in materia di tutela e libera circolazione dei dati personali per 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 del Regolamento UE 2016/679 e delle norme nazionali vigenti in materia di tutela e libera circolazione dei dati personali, si conferisce inoltre autorizzazione a inviare comunicazioni in forma elettronica, SMS, o MMS, o altro tipo, compresi messaggi E-mail, relative alle attività, iniziative, informazioni e adempimenti da parte dell'ANAAO ASSOMED e delle Società dalla stessa controllate e/o partecipate.

Si dichiara di aver preso visione dell'informativa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 pubblicata sul sito ufficiale dell'Associazione.

Firma digitale (**facoltativa, solo se abilitata**) \_\_\_\_\_

**Firma\* (in originale)** \_\_\_\_\_

**data** \_\_\_\_\_