



MODULO ISCRIZIONE SNAMI

COGNOME _____

NOME _____

NATO A _____

IL _____

RESIDENTE A _____

PROV. _____

VIA _____

N° _____

CODICE FISCALE _____

TELEFONO _____

MAIL _____

PEC _____

CHIEDO L'ISCRIZIONE ALLA SEZIONE PROVINCIALE SNAMI

di (indicare la provincia ove si lavora)

asl/ats/usl N. _____ di _____

SETTORE DI APPARTENENZA (MMG, CA, etc) _____

RICEVUTA L'INFORMATIVA SULL'AUTORIZZAZIONE DEI SUOI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003 N. 196 DEL REGOLAMENTO (UE) N. E 2016/679 E DEL DECRETO LEGISLATIVO 10 AGOSTO 2018 N. 101, IL SOTTOSCRITTO CONSENTE AL LORO TRATTAMENTO NELLA MISURA NECESSARIA PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI SCOPI STATUTARI.

INOLTRE IL SOTTOSCRITTO AUTORIZZA IL PRELIEVO DELLE TRATTENUTE DA PARTE DELL'ENTE/STRUTTURA PER LA QUALE LAVORA, DELLE QUOTA DELIBERATA DALLA SEZIONE PROVINCIALE DI APPARTENENZA

Detta delega può essere disdetta in qualsiasi momento senza motivazione con una semplice comunicazione allo Snamì