Sumai ASSOPROF
Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell'Area Sanitaria

Scheda di iscrizione

si prega di scrivere in stampatello

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 - Emergenza
- ☐ Medico di Medicina Generale **Codice regionale:** **ASL**
- ☐ Medico Fiscale
- ☐ 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 **branca**
- ☐ Chimico interno a rapporto convenzionale

Attività lavorativa svolta presso:

ASL ☐ Azienda Ospedaliera ☐ INAIL ☐ SASN ☐ Sanità Militare ☐ Ore di incarico ☐

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

Alla Sezione provinciale di:

e

AUTORIZZA tutte le AASSLL e gli Enti presso cui lavora ad effettuare a proprio carico la trattenuta sindacale dovuta al SUMAI ASSOPROF (Sindacato Unico Medicina Ambulatoriale Italiana e Professionalità dell' Area Sanitaria).

PRENDE ATTO che le somme trattenute saranno accreditate al SUMAI ASSOPROF secondo le modalità previste.

DICHIARA di aver preso visione della ***"Informativa agli iscritti ai sensi dell'art.13 del Regolamento (UE) 2016/679"*** allegata alla presente scheda di iscrizione e, comunque, pubblicata sul sito www.sumaiassoprof.org

CONSENTE il trattamento dei propri dati personali per la finalità di promozione di iniziative da parte di partner istituzionali e commerciali di SUMAI ASSOPROF (ad es. convenzioni assicurative riservate agli iscritti, assistenza e consulenza legale)

Firma *n.ro prot.*