

## 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
- Medico Fiscale
- Altre Professionalità  
a rapporto convenzionale **Laurea** \_\_\_\_\_  
**branca** \_\_\_\_\_

- Medico Dirigente  
**branca** \_\_\_\_\_

- Altre Professionalità Dirigente **Laurea** \_\_\_\_\_  
**branca** \_\_\_\_\_

Attività lavorativa svolta presso:

ASL  Azienda Ospedaliera  INAIL  SASN  Sanità Militare

## Chiede di essere iscritto al SUMAI ASSOPROF

Provincia di prima iscrizione: \_\_\_\_\_

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](http://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.