

<b>dati anagrafici</b>	
cognome	nome
nato/a il	a
codice fiscale	
<b>indirizzo recapito</b> (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  INPS

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

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.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_