

-Spett.le Assessorato Regionale Sanita' Regione Puglia
- Spett.le AUSL Lecce
- Via Don Minzoni 8 -73100 Lecce

Oggetto: trasmissione delega iscrizione sindacale.

Il sottoscritto Dott /Dott.ssa
Nato/a a il C. Fiscale.....
Residente a
in via cap.
Tel/Fax: Cell:.....
indirizzo posta elettronica (e-mail):
pediatra di libera scelta nella Asl Lecce Distretto N° Codice Regionale n°
con ambulatorio in (indirizzo completo).....
.....

DICHIARA

di aderire alla F.I.M.P. – Federazione Italiana Medici Pediatri, dalla data odierna ed autorizza a tal fine la REGIONE PUGLIA e per essa la ASL LECCE ad effettuare la trattenuta dello 0.5 % sugli emolumenti (solo relativamente alle voci di: compenso forfetario e quota ponderazione), a favore della FIMP Sez. Provinciale Lecce.

data Firma:

CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI

Il/la scrivente, sopra identificato, dichiara di essere stato/a pienamente e preventivamente informata del trattamento dei dati che la F.I.M.P. - in esecuzione dell'adesione associativa ricevuta - può effettuare ed esprime il suo consenso al trattamento dei propri dati personali eventualmente anche sensibili, anche per la loro comunicazione a terzi nel rispetto del Dlgs 196/03

data Firma:

Compilare in duplice copia la suddetta richiesta d'associazione alla F.I.M.P.
Una copia deve essere inviata per conoscenza, anche via mail, alla:

FIMP Federazione Italiana Medici Pediatri
Segreteria Provinciale di Lecce,
Via Miglietta 5 – 73100 Lecce
Tel. +39 338 837 9326
Email: segreteria@fimplecce.it