

Il sottoscritto Dott. nato a il
Data di laurea Codice Regionale Codice Fiscale
Residente in Via C.A.P. Tel.
Studio in Via C.A.P. Tel.
E-Mail Altro recapito tel.

chiede l'iscrizione alla Sezione di Roma della FIMMG.

Delega codesta ASL a trattenere dai propri emolumenti ed a versare mensilmente alla sezione FIMMG di Roma la quota associativa nella misura fissata dal Sindacato. La presente delega decorre dal primo giorno del mese successivo a quello di iscrizione e fino alla revoca della stessa da parte del sottoscritto.

Data Firma

Il/La sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa di cui all'art. 7 del DLgs 196/2003 e autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del combinato disposto della legge 675/96 e del DLgs 196/2003 così come riportato sul retro del presente modulo.

Data Firma

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003, ti informiamo che stiamo procedendo alla raccolta e al trattamento di dati personali che si riferiscono a Te. Detti dati debbono da noi essere trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Il **Titolare del trattamento** è la Sezione Provinciale FIMMG di Roma

Le **finalità del trattamento** cui sono destinati i dati sono:

- Gestione della posizione di Iscrizione, elettiva attiva e passiva, contributiva, anche rispetto alla ritenuta alla fonte secondo le norme della Convenzione con il SSN, degli Associati.
- Adozione di iniziative a favore della categoria, compresa la stipulazione di accordi quadro, convenzioni, facilitazioni con Società secondo lo statuto della Federazione.
- Gestione dell'appartenenza dell'Associato alla FIMMG Nazionale, organo esponentiale e federativo cui la Sezione Provinciale e l'Associato appartiene di diritto.

Il conferimento dei dati non è obbligatorio. Tuttavia la mancanza di consenso al trattamento dei dati può portare all'impossibilità di procedere alla iscrizione o di eseguire prestazioni convenzionali o collaterali a favore dell'Associato.

I **dati relativi all'Associato verranno comunicati** alla FIMMG Nazionale, ente esponentiale e federativo delle Sezioni Provinciali FIMMG, e non verranno altrimenti diffusi. I dati potranno essere richiesti e concessi ai soli fini di aggiornamento e verifica di qualità dalla ASL di appartenenza.

Alcuni dati, limitatamente a quelli necessari all'esecuzione delle prestazioni convenzionate e solo in caso di adesione espressa dell'Associato all'opportunità, potranno essere comunicati a Società, Enti o Compagnie, sempre verificando la congruità dei dati richiesti con le finalità del trattamento, trasmettendoli in forma anonima o aggregata qualora possibile.

I soli dati anagrafici potranno essere comunicati, salvo diniego, a Società Editrici per l'invio di riviste periodiche di interesse della categoria, approvate dalla FIMMG Nazionale o dalla Sezione Provinciale, con l'esclusione di quelle a prevalente contenuto pubblicitario (compresi i c.d. House organ).

I **dati saranno conservati in forma cartacea** presso la Sede Provinciale di Roma indirizzo e **potranno essere trattati anche in forma elettronica** sugli elaboratori della Sezione Provinciale, situati presso la Sede della stessa.

I dati sono altresì conservati presso la Sede Nazionale della FIMMG in Roma, Piazza Marconi 25 con le stesse modalità.

Responsabile della conservazione e del trattamento dei dati è il Segretario Provinciale.

Data Firma



Al Consiglio Direttivo FIMMG ROMA
E p.c. al Segretario Provinciale

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA FIMMG-ROMA

Il sottoscritto:

Nome _____ Cognome _____ ASL n° _____ Distr. Sanitario _____

Residente _____ Tel: _____

Chiede l'iscrizione alla Sezione di Roma della FIMMG.

DICHIARA DI AVER LETTO E ACCETTATO LO STATUTO VIGENTE.

Roma, _____ Firma _____

PPV

Firma Segretario Provinciale _____

Accettazione Direttivo in data _____