



Federazione Specialisti Ambulatoriali

Sede legale: Via Livorno, 36 - 00162 Roma - Cod. fisc. 97915840587 - Pec: fespa@pec.it Mail: segreteria@fespa.it Sito: www.sindacatofespa.it

DELEGA SINDACALE FESPA Sezione FESMED

Il sottoscritto dott. _____ cod. fiscale _____
nato a _____ il ____ / ____ / ____ residente a _____
CAP _____ Prov. _____ alla Via _____ n. _____
tel. _____ cell. _____ Mail _____ Pec _____

ATTIVITÀ SVOLTA:

<input type="checkbox"/> Specialista Ambulatoriale Interno	tempo determinato <input type="checkbox"/>	tempo indeterminato <input type="checkbox"/>	n° ore <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Specialista Ambulatoriale Veterinario	tempo determinato <input type="checkbox"/>	tempo indeterminato <input type="checkbox"/>	n° ore <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Biologo <input type="checkbox"/> Psicologo <input type="checkbox"/> Altro <input type="checkbox"/> : _____	tempo determinato <input type="checkbox"/>	tempo indeterminato <input type="checkbox"/>	n° ore <input type="checkbox"/>

PRESSO: ASL AO AOU IRCCS ARPA Università IZS INAIL

ASL (o Ente) e Presidio (o Distretto Sanitario) di assegnazione: _____

Indirizzo (Via/Piazza) _____ CAP _____ Località _____ Provincia _____

- **CHIEDE** di essere iscritto a FESPA, sezione FESMED;
- **ADERISCE** a FESPA, demandando alla sezione FESMED la gestione dei servizi;
- **DELEGA** la rappresentanza sindacale a FESPA, Codice Fiscale 97915840587, sede legale in Roma alla via Livorno 36;
- **AUTORIZZA** l'Amministrazione in indirizzo a far praticare dall'Ufficio Personale, dal prossimo mese e fino ad eventuale revoca, la trattenuta della quota di iscrizione mensile - per 12 mensilità annue - con indicata in busta paga la causale relativa all'iscrizione a FESPA e il periodo di riferimento, come sotto indicato:

€ 12,00 mensili fino a 18 ore di incarico € 25,00 mensili oltre le 18 ore di incarico

Da accreditare sullo specifico conto bancario:

C/C Banca Intesa: N. 00003792 IBAN: IT33 K030 6974 7721 0000 0003 792 intestato a: "FESPA" FEDERAZIONE SPECIALISTI AMBULATORIALI

Il sottoscritto **DICHIARA** che la presente delega:

- ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
- può essere revocata esclusivamente a cura dell'interessato con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. L'effetto della revoca decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM30/11/1995;

Ai sensi degli art. 2 c.3 e art.3 c. 5 dello statuto FESPA per le finalità di formazione, assistenza e servizi non previste nello Statuto, l'iscritto usufruirà di quanto offerto dalla sezione FESMED come previsto dalla convenzione vigente.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____

Ai sensi del Regolamento 2016/679/UE (GDPR), i dati personali, acquisiti nell'ambito dell'attività sindacale in oggetto, saranno trattati manualmente e con strumenti informatici e saranno inseriti nella banca dati di FESPA il conferimento dati è facoltativo ma un eventuale rifiuto impedirà una ottimale gestione del rapporto. Questi dati saranno utilizzati dalla sede centrale e dalle sedi regionali di competenza per adempimenti di legge, per finalità gestionali, statistiche, informative, in adempimento agli obblighi di legge mediante la registrazione, l'elaborazione, la consultazione, il raffronto, l'interconnessione, la comunicazione/diffusione, cancellazione e distribuzione dei dati e dal complesso di operazioni previste per ciò che, secondo il dettato della legge, si intende per trattamento. Sono espressamente garantiti i diritti di cui agli artt. 13-14 del citato Regolamento 2016/679/UE, ed in particolare del diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile, diritto che potrà esercitare rivolgendosi al titolare del trattamento; si ha quindi diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione, la cancellazione ovvero, l'integrazione dei dati ed ogni altra modifica prevista dalla legge. I dati personali raccolti saranno trattati per finalità inerenti la gestione del rapporto e verranno utilizzati ai fini di invio delle comunicazioni di servizio di natura sindacale ed organizzativo, di comunicazioni delle iniziative patrociniate da questa O.S. delle riviste e del materiale giornalistico ed informativo in genere edito da questa O.S. o da terzi cui sia stato conferito incarico. Detti dati saranno disponibili ai responsabili ed agli incaricati preposti ai trattamenti di registrazione ed elaborazione dati, confezionamento, consegna e spedizione riviste, circolari, materiale didattico ed informativo. Titolare e responsabile del trattamento dati è la sezione FESMED, con sede in Via Giuseppe Abamonti 1, 20129 Milano, presso cui i dati sono trattati e raccolti e presso cui sarà possibile inviare ogni richiesta di consultazione, modificazione, integrazione, rettifica, cancellazione, ovvero opposizione al trattamento dati. In considerazione della informativa 2016/679/UE (s.m.i.), orale e scritta riportata sulla presente delega, confermando di essere a conoscenza di facoltà e diritti in essa menzionati, e dell'relative modalità d'esercizio,

__ I __ sottoscritto _____

Presta il proprio consenso:

affinché i propri dati personali possano essere trattati nelle forme e con le modalità, sopraindicate dichiarando di essere stato/a informato/a, in modo esaustivo, orale e scritto dei diritti di cui al Regolamento 2016/679/UE, delle modalità di raccolta dati e del loro possibile utilizzo, del diritto di opporsi al trattamento ed in particolare di quanto previsto dagli articoli 13-14 del Regolamento summenzionato.

Data ____ / ____ / ____

Firma _____