

Alla **A.S.L. RM** **Distretto**
e.p.c. alla Regione Lazio

Il/la sottoscritto/a Dott./Dott.ssa nato/a 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 i 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

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/03 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016 conformemente a quanto disciplinato dagli Art. 13 e 14, il/la sottoscritto/a dichiara di aver ricevuto l'informativa relativa ed autorizza il trattamento dei dati personali così come riportato di seguito.

Data Firma

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196/03 ed in seguito all'entrata in vigore del Regolamento UE nr. 679/2016 conformemente a quanto disciplinato dagli Art. 13 e 14, ti informiamo che stiamo procedendo alla raccolta dei dati personali che si riferiscono a te. Detti dati debbono da noi essere trattati secondo i principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Il Titolare del trattamento è la Sezione Provinciale FIMMG 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 ed 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 esponenziale 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 all'iscrizione o di eseguire prestazioni convenzionali o collaterali a favore dell'Associato.

I dati relativi all'Associato verranno comunicati alla FIMMG Nazionale, Ente esponenziale 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 della 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 e **potranno essere trattati anche in forma elettronica** sugli elaboratori della Sezione Provinciale, situati presso la sede stessa.

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

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

Data Firma

DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA FIMMG ROMA

Il/la sottoscritto/a:

Nome: _____ Cognome _____ ASL n° ____ Distretto _____

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 ___/___/_____