CONVENZIONATI

☐ COPIA PER L'AMMINISTRAZIONE

☐ COPIA PER LA SEGRETERIA REG./PROV.

☐ COPIA PER LA SEGRETERIA NAZIONALE

FEDERAZIONE CISL MEDICI

La Segreteria Nazionale

FEDERAZIONE CISL MEDICI

SCHEDA DI ADESIONE ALLA CISL MEDICI

Alla Azienda/Amministrazione _____

_____

Indirizzo _____

Alla Federazione CISL MEDICI - Via Po, 116 – 00198 Roma

_ l _ sottoscritt_____ dipendente da codesta Amministrazione, con la qualifica

_____ nat_____a _____

il ___ /___ /___ residente in _____ cap _____

via _____ n. _____ prov. _____

Cod. Fiscale ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ E-mail _____

Tel Abit. _____Tel. Uff. _____ Cell. _____

AUTORIZZA L'AMMINISTRAZIONE IN INDIRIZZO

Ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del Sindacato CISL MEDICI per un importo fisso/percentuale da calcolare sul trattamento economico in godimento alla data in cui ha efficacia la presente delega e nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale di appartenenza.

La delega:

1) ha efficacia a partire dal mese _____ / _____

2) può essere dall ___ stess ___ revocata affinché cessino gli effetti a partire dal 1° mese successivo con comunicazione scritta da inviare alla Amministrazione e alla Organizzazione Sindacale. (G.U. n. 45 - SERIE GENERALE del 23-2-1996 - G.U. n. 56 – SERIE GENERALE del 7-3-1996)

__ l __ sottoscritt__ chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro 5 giorni del mese successivo cui si riferiscono, all'organizzazione sindacale cui aderisce sul C/C Codice IBAN: IT 34 G 01030 03201 000001871231 Banca: Monte dei Paschi di Siena AG. n. 1 Via Po' n. 94 – Roma, intestato a Segreteria Nazionale Federazione Cisl Medici, Via Po, 116 – 00198 Roma.

_____ lì _____

FIRMA

_____

__ l __ sottoscritt _____ ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi della legge n. 196/03 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Esprime, altresì, il consenso che i dati siano comunicati al datore di lavoro e agli Enti previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

_____ lì _____

FIRMA

_____

Nota della Segreteria Nazionale

Le trattenute mensili da parte delle Amministrazioni, da effettuare sulla retribuzione dei medici iscritti alla CISL devono corrispondere per i medici, i veterinari e gli odontoiatri convenzionati (Medicina Generale, Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi, Specialistica Ambulatoriale, Specialistica Pediatrica) allo 0,50% dello specifico trattamento stipendiale fondamentale mensile (compenso fisso / onorario professionale / quota base) per dodici mensilità.

Tali somme devono essere versate sul C/C Codice IBAN: IT 34 G 01030 03201 000001871231 Banca: Monte dei Paschi di Siena AG. n. 1 Via Po' n. 94 – Roma, intestato a Segreteria Nazionale Federazione Cisl Medici, Via Pò n. 116 – 00198 Roma.

La Segreteria Nazionale della Federazione Cisl Medici è l'unica titolare a comunicare eventuali variazioni a quanto disposto nella presente delega attraverso apposita comunicazione alle Aziende Sanitarie e agli Enti Pubblici e Privati.