

C.S.L.E  
Via Armando Diaz n. 8, cap 80134 NAPOLI (NA) tel. 081/5515475  
email: [confederazione.csle@gmail.com](mailto:confederazione.csle@gmail.com) pec: [csle@pec.it](mailto:csle@pec.it)  
sito: [www.confederazionecsle.com](http://www.confederazionecsle.com)

codice fiscale: 95285340634 Partita Iva 10074281212

**MEDICINA GENERALE- EMERGENZA TERRITORIALE- MEDICINA DEI**

**SERVIZI-CONTINUITA' ASSISTENZIALE**



COPIA PER L'AMMINISTRAZIONE       COPIA PER LA SEGRETERIA REG./PROVINCIALE

COPIA PER LA SEGRETERIA NAZIONALE

La Segreteria Nazionale

**CONFEDERAZIONE C.S.L.E. MEDICI**

**SCHEMA DI ADESIONE ALLA C.S.L.E. MEDICI**

Alla ASL / AZ.OSP. \_\_\_\_\_  
(indicare Amministrazione di appartenenza)

Alla Confederazione C. S.L.E. MEDICI - Via Armando Diaz, n. 8 – Cap 80134 NAPOLI

\_\_\_\_\_, sottoscritt \_\_\_\_\_ convenzionato con codesta  
Amministrazione, con la qualifica di \_\_\_\_\_ Laurea \_\_\_\_\_  
Specializzazione \_\_\_\_\_ nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ residente in via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_

Fiscale \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ Tel. Uff. \_\_\_\_\_ Tel. Abit. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

**SI IMPEGNA**

ad effettuare un versamento periodico fisso a favore del Sindacato C.S.L.E. MEDICI fissata annualmente dalla organizzazione sindacale di appartenenza. La delega: 1) ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ 2) può essere dall' \_\_\_\_\_ stesso \_\_\_\_\_ revocata affinché cessino gli effetti a partire dal 1° mese successivo con comunicazione scritta da inviare alla Amministrazione e all'Organizzazione Sindacale.

\_\_\_\_\_, Li \_\_\_\_\_

FIRMA

**Nota della Segreteria Nazionale:** Le trattenute mensili dei medici di medicina generale,

emergenza territoriale, medicina dei servizi e continuità assistenziale iscritti alla C.S.L.E., devono corrispondere ad € 15,00 mensili per dodici mensilità. Tali somme

devono essere versate sul C/C Codice IBAN: **IT 90P0303283950010000366208**, intestato a Confederazione C.S.L.E..La Segreteria Nazionale C.S.L.E. 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.

**PRESTAZIONE DEL CONSENSO:** Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, il Titolare ti chiede se presti il consenso al trattamento secondo le modalità sopra previste per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività forniti dal Titolare :  
o presto il consenso      o non presto il consenso

Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, il Titolare ti chiede se presti il consenso al trattamento secondo le modalità previste, ivi compresa la comunicazione a terzi, dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività delle strutture CSLE nonché enti, società, associazioni promosse e/o collegate e/o collaterali alla CSLE in virtù del rapporto associativo e partecipativo

o presto il consenso      o non presto il consenso

Luogo, data e firma \_\_\_\_\_