

C.S.L.E

Confederazione Sindacale Lavoratori Europei Autonomi
Via Gualla, 54, 25123 Brescia tel. 030/5057071
email: csle@confederazionecsle.com pec: c.s.l.e@pec.it
sito: 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

SCHEDA DI ADESIONE ALLA C.S.L.E. MEDICI

Alla ASL / AZ.OSP. _____
(Indicare Amministrazione di appartenenza)

Alla Confederazione C. S.L.E. MEDICI - Via Gualla, 54, 25123 Brescia

_____ 1_ 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' _____ stess _____ 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 _____