

CONVENZIONATI

- COPIA PER L'AMMINISTRAZIONE
- COPIA PER LA SEGRETERIA REG./PROV.
- COPIA PER 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

__ I __ 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)

__ I __ 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

__ I __ 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 (Assistenza Primaria, Emergenza Sanitaria Territoriale, Continuità Assistenziale, Medicina dei Servizi, Specialistica Ambulatoriale, Specialistica Pediatrica) allo 0,50% dello specifico trattamento stipendiale fondamentale mensile (compenso fisso / onorario professionale / quota base).
 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.