



DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA FIMMG

Alla Sezione Provinciale Fimmg di _____

Il Sottoscritto Dott.

Cognome _____

Nome _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Cod. Enpam _____

Indirizzo abitazione _____

Località _____ Cap _____ Prov _____

Tel. abitazione _____ Fax abitazione _____

Indirizzo Studio Principale _____

Località _____ Cap _____ Prov _____

Tel. studio _____ Fax studio _____

*Cellulare _____ *Email _____

ASL n° _____ Distretto Sanitario n° _____ Codice Regionale n° _____

Anno di Laurea _____ *Massimale _____ *N° Assistiti _____

- Attività:
- Medicina di Famiglia
 - Continuità assistenziale
 - Emergenza sanitaria
 - Dirigenza Medica Territoriale
 - Medico in formazione
 - Medico pensionato

Chiede di essere iscritto alla FIMMG

Data _____ Firma _____

Nota Bene: la compilazione dei campi preceduti da asterisco non è obbligatoria.

Allego modulo di consenso al trattamento dei dati sensibili.



Sezione Provinciale di

Al Direttore Generale della ASL n° _____ della Provincia di _____

Il Sottoscritto Dott. _____

- Medico di : Medicina di Famiglia
 Continuità assistenziale
 Emergenza sanitaria
 Dirigenza Medica Territoriale

Operante nella ASL n° _____ della Regione _____

Cod. Reg. n° _____

Autorizza

La trattenuta della quota associativa alla FIMMG secondo le modalità stabilite dalla
Sezione Provinciale di _____
a far data dal _____

In fede

Data _____ Firma _____

“Ai sensi della Legge 196/2003 esprimo il mio consenso al trattamento del dato in oggetto,
nei limiti necessari alla finalità relativa alla trattenuta sindacale nonché la sua
comunicazione al Direttore della ASL di competenza per la finalità dichiarata”

Firma del Medico _____



Sezione Provinciale FIMMG di

SCHEDA ANAGRAFICA

Cognome _____

Nome _____

nato a _____ il _____

Codice Fiscale _____

Cod. Enpam _____

Indirizzo abitazione _____

Località _____ Cap _____ Prov _____

Tel.abitazione _____ Fax abitazione _____

Indirizzo Studio Principale _____

Località _____ Cap _____ Prov _____

Tel. studio _____ Fax studio _____

*Cellulare _____ *Email _____

ASL n° _____ Distretto Sanitario n° _____ Codice Regionale n° _____

Anno di Laurea _____ *Massimale _____ *N° Assistiti _____

- Attività:
- Medicina di Famiglia
 - Continuità assistenziale
 - Emergenza sanitaria
 - Dirigenza Medica Territoriale
 - Medico in formazione
 - Medico pensionato

Nota Bene: la compilazione dei campi preceduti da asterisco non è obbligatoria.

Allego modulo di consenso al trattamento dei dati sensibili.



INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI

Gentile Collega,

ai sensi del decreto legislativo 196/2003, ti informiamo che stiamo procedendo alla raccolta e al trattamento di dati personali che si riferiscono a Te. Detti dati debbono da noi essere trattati secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza.

Il Titolare del trattamento è la Sezione Provinciale FIMMG di _____

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 di 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 esponentiale 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 alla Iscrizione o di eseguire prestazioni convenzionali o collaterali a favore dell'Associato.

I dati relativi all'Associato verranno comunicati alla FIMMG Nazionale, ente esponentiale 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 dalla 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 del Titolare (Sezione Provinciale) indirizzo _____ e **potranno essere trattati anche in forma elettronica** sugli elaboratori della Sezione Provinciale, situati presso la Sede della stessa.

I dati sono altresì conservati presso la Sede Nazionale della FIMMG in Roma, Piazza Marconi 25 con le stesse modalità: ti invitiamo a prendere visione della relativa informativa sul sito <http://www.fimmg.org>

Responsabile della conservazione e del trattamento dei dati è il Dott./Sig. _____ o il Segretario Provinciale. Un elenco aggiornato dei responsabili è esposto presso la Sede Provinciale della Sezione ed è reperibile sul Sito FIMMG Nazionale all'indirizzo <http://www.fimmg.org>

Ti ricordiamo che hai i diritti di cui all'art. 7 del DLgs 196/2003.

Letta l'informativa che precede e il contenuto all'art. 7 del DLgs 196/2003, manifesto espressamente il consenso per le finalità indicate.

Nego il consenso unicamente per le seguenti finalità (barrare la voce):

Comunicazione a enti e società che organizzano momenti formativi quali congressi, corsi ECM, seminari informativi legati alla professione: nego il consenso

Comunicazione a Società Editrici per l'invio di periodici informativi: nego il consenso

Comunicazione a Società ed Enti convenzionati per l'accesso a condizioni di favore nell'ambito di convenzioni stipulate centralmente o localmente: nego il consenso

_____ li _____ Firma _____