

Spett. A.S.L. CN _____ Sede _____
Spett.le FIMMG Sez. CUNEO **Settore CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

Il sottoscritto Dr. _____
nato a _____ il _____
Cod. Fiscale _____
Cod. Enpam _____
P.IVA _____
Cod. Reg. ASL _____ Distretto di _____
Iscritto .OM di _____ dal _____ n. _____
Residente in _____
CAP _____ Comune _____
Cell. _____ e-mail _____

CHIEDE di essere iscritto alla FIMMG di Cuneo Settore Medicina Generale
Dalla data del _____

CHIEDE E AUTORIZZA IL MANTENIMENTO DELL'ISCRIZIONE (*come da Statuto) nel caso di
cambiamento, anche aggiuntivo, di area funzionale di riferimento tra quelle tutelate da Fimmg

AUTORIZZA l'ASL ad effettuare la trattenuta del 7 per mille delle competenze mensili spettanti per
l'attività di Medicina Generale e così bonificarle:

il 5 per mille a
FIMMG Sezione di Cuneo C/so Gramsci 19/A – Cuneo
BCC Banca di Caraglio
IBAN: IT 38 E 08439 10201 000 13010 9890

il 2 per mille a:
FIMMG C.A. NAZIONALE
Banca Popolare dell'Emilia Romagna
IBAN: IT23M 05387 400700 0000 1446952

CONSENTE che i dati personali forniti possano essere trattati nel rispetto della legge n. 675/1996 e del D.L. n.
196 e 101 del Regolamento Generale di protezione dati (RGPD) UE 679/2016 in vigore dal 25 maggio 2018

Data _____ Firma _____