

Spett. A.S.L. CN _____ Sede _____
Spett.le FIMMG Sez. CUNEO **Settore MEDICINA GENERALE**

Il sottoscritto Dr. _____
nato a _____ il _____
Cod. Fiscale _____
Cod. Enpam _____
P.IVA _____
Cod. Reg. ASL _____ Distretto di _____
Iscritto .OM di _____ del _____ 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: **TESORERIA NAZIONALE FIMMG**
UniCredit SpA
IBAN: IT 41 P 02008 05085 000 00270 9807

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 _____