



Via Trento, 106 – 30171 Mestre Venezia  
 Tel. e Fax 041 962987  
 e-mail: fimmg@fimmgve.it

**EGR. SIG.**  
**DIRETTORE GENERALE**  
**DELLA A.S.L. N.**  
 .....

**Alla c.a. del Responsabile**  
**dell'Ufficio Convenzioni**

(Per il tramite della  
 Sezione Provinciale F.I.M.M.G. di Venezia)

**OGGETTO:** Trattenuta associativa.

Il/La sottoscritto/a Dr. ....

Medico di: (indicare l'attività con il simbolo "X" nel quadretto corrispondente)

- Medicina di Famiglia
- Continuità assistenziale

Altra ..... attività ..... (indicare  
 quale) .....

operante nella A.S.L. N. .... della Reg. Veneto – Codice Regionale .....,

residente a ..... Provincia (sigla) .....

via ..... N. .... CAP ..... Tel. ....

**AUTORIZZA**

la trattenuta della quota associativa alla F.I.M.M.G. dal giorno .....  
 secondo le modalità stabilite dalla Sezione Provinciale di Venezia. Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali, ai sensi del D.Lgs. 30.06.2003 n. 196 consente al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consente altresì che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

In fede

..... (Località e data) ..... (Firma)