



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

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALLA F.I.M.M.G.**  
Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - Regione Veneto - Sezione Provinciale di VENEZIA

Ente autorizzato alla trattenuta della quota associativa (previa delega trasmessa dalla Sezione Provinciale):

**ASL N. ....- Ufficio Convenzioni**

Il/La sottoscritto/a Dr. Cognome ..... Nome .....

Nato/a (luogo e data) Comune o Stato Estero ..... (Prov. ....) Data .....

Iscritto all'Ordine Provinciale di ..... con il numero .....

Attività Convenzionale esercitata:

- Assistenza Primaria presso ASL n. .... - Continuità Assistenziale presso ASL n. ....

- E.S. Convenzionati presso ASL n. .... - E.S. Dipendenti presso ASL n. ....

- Medicina dei Servizi presso ASL n. .... - Dir. Med. Dipendenti presso ASL n. ....

- Fiduciari SASN presso Provincia di ..... - Formazione <sup>(1)</sup>  - Pensionati <sup>(1)</sup>

- Altri Settori .....

Preso atto delle norme sancite dallo Statuto della Fimmg, che dichiara di condividere,

**CHIEDE**

l'iscrizione **alla FIMMG** e pertanto **delega** il Segretario provinciale a trasmettere all'Ufficio soprandicato l'autorizzazione a trattenere l'importo della quota associativa dai propri compensi in favore della Sezione provinciale Fimmg secondo le modalità stabilite dalla stessa, e **sottoscrive** il consenso al trattamento dei dati personali così come formulato in calce.

Il/La sottoscritto/a:

- si impegna a comunicare alla Sezione Provinciale F.I.M.M.G. di Venezia le eventuali variazioni dei dati elencati nel presente modulo;

- desidera ricevere la corrispondenza F.I.M.M.G. presso l'indirizzo dell'abitazione  dello Studio

<sup>(1)</sup> per i settori Pensionati e Formazione il pagamento della quota associativa annuale è previsto con versamento diretto secondo le modalità stabilite dalla Sede Fimmg di competenza.

Venezia Mestre, li .....

(Timbro del Medico)

firma .....

(sottoscrivere il consenso al trattamento dei dati personali)

**AL SEGRETARIO DELLA SEZIONE PROVINCIALE F.I.M.M.G. DI VENEZIA**

Il sottoscritto/La sottoscritta Dott./Dott.ssa .....  
(cognome) (nome)

trasmette alla Sezione Provinciale F.I.M.M.G. di Venezia i propri dati personali per il trattamento nel rispetto delle disposizioni normative vigenti.

Codice Fiscale	Partita IVA

Data di nascita	Luogo di nascita	Provincia

E-mail	Telefono Cellulare	Fax

Indirizzo di residenza	Via e numero civico	CAP	Città	Telefono

Indirizzo dello studio	Via e numero civico	CAP	Città	Telefono

Altro studio o Medicina di Gruppo	Via e numero civico	CAP	Città	Telefono

Numero attuale degli assistiti	Numero della convenzione regionale	Anno di laurea

**Orari di apertura dello Studio Medico (o degli Studi Medici):**

Indirizzo dello Studio, o degli Studi (via e numero civico)	Orari					
	Lunedì	Martedì	Mercoledì	Giovedì	Venerdì	Sabato
1 .....						
2 .....						

**INFORMATIVA E SOTTOSCRIZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Ai sensi del decreto legislativo 196/2003, il richiedente è informato che i dati sottoscritti nella scheda di adesione debbono essere trattati dal Titolare del trattamento secondo principi di correttezza, liceità e trasparenza.

**Il Titolare del trattamento** è la FIMMG. **Le finalità del trattamento** cui sono destinati i dati sono:

- 1) 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.
- 2) Adozione di iniziative a favore della categoria, compresa la stipulazione di accordi quadro, convenzioni, facilitazioni con Società secondo lo statuto della Federazione.
- 3) Gestione di appartenenza dell'Associato alla FIMMG Nazionale e Regionale, organi esponentziali e federativi cui l'Associato appartiene di diritto.

**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 saranno comunicati** alla FIMMG Nazionale, ente esponentziale dei Settori FIMMG, e non verranno altrimenti diffusi. I dati potranno essere richiesti e concessi ai soli fini di aggiornamento e verifica di qualità dagli Uffici Istituzionali ed Amministrativi di competenza. 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, con l'esclusione di quelle a prevalente contenuto pubblicitario (compresi i c.d. House organ).

**I dati sono conservati in forma cartacea e possono essere trattati anche in forma elettronica** sugli elaboratori della FIMMG situati presso la Sede Provinciale di Venezia, Via Trento 106, Mestre; sono altresì conservati presso la Sede Nazionale della FIMMG in Roma, Piazza Marconi 25, con le stesse modalità. L'interessato è invitato alla visione della relativa informativa e del DLgs 196/2003 sul sito <http://www.fimmg.org> ed è informato che ha i diritti di cui all'art. 7 del suddetto DLgs 196/2003.

**Letto quanto sopra, il sottoscritto manifesta espressamente il consenso al trattamento dei dati personali per le finalità indicate.**

Timbro

Località ..... Data .....

Firma.....