SCHEDA ISCRIZIONE UNIVERSITARI

SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA – S.N.R.

(Sindacato Nazionale Radiologi)

[Da compilare in stampatello]

Il sottoscritto Dott./Prof. Cognome: _____Nome_____

Nato/a a: _____il: _____ Codice Fiscale:_____

Domiciliato/a in Via:_____ Civico n.:_____

Cap: _____Città: _____ Provincia:_____

Tel. ab. _____ Tel. osp. _____ Cell._____

E-mail _____ Pec. _____

Qualifica: ☐ Professore 1° fascia ☐ Professore 2° fascia
☐ Ricercatore - Assistente - Tecnico laureato -

Settore: ☐ Radiodiagnostica ☐ Radioterapia
☐ Medicina Nucleare ☐ Neuroradiologia

Delega:

la Amministrazione _____Regione: _____

Indirizzo: _____

ad effettuare la trattenuta sullo stipendio di 18 EURO al mese per 12 mensilità.

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto autorizza ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 - GDPR al trattamento da parte di SNR dei dati da me comunicati.

Data _____ Firma _____

N.B.: *La presente delega si intende rinnovata automaticamente anche con variazione della trattenuta negli anni successivi se non annullata da rinunzia scritta inviata all'amministrazione ed al sindacato.*

Accredito SNR sul c/c intestato a:

SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA - S.N.R.

Intesa San Paolo S.p.a.

IBAN: IT82O0306909606100000114915

BCITITMM

Scheda di iscrizione da inviare alla Segreteria Nazionale - Via Farini 62 - 00185 Roma
e-mail: snr@raggix.it che provvederà ad inoltrarla alla Amministrazione di competenza.