

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

Settore: ☐ Radiodiagnostica ☐ Radioterapia
 ☐ Medicina Nucleare ☐ Neuroradiologia

Delega:

la Amministrazione _____ Regione: _____

Indirizzo: _____

ad effettuare la trattenuta sullo stipendio di **20 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 rinuncia 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: IT8200306909606100000114915
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.*