

## MODULO ISCRIZIONE SINDACALE

Spett. le Az./Ente .....

Ufficio Personale e Stipendi

Via .....n° ..... Loc. ....CAP .....

Il sottoscritto/a ..... nato/a a .....il .....

Residente in Via ..... CAP .....Città .....

dipendente presso: ..... con la qualifica di: .....

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO  
all'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie (ANDPROSAN)

### A U T O R I Z Z A

L'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile (esclusa la 13<sup>^</sup>) a favore del sindacato Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie nella misura fissata annualmente dall'organizzazione sindacale interessata.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli altri documenti del fascicolo personale;
3. la stessa potrà essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. L'effetto della revoca decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.

Il Sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, secondo le modalità dalla stessa comunicate, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

Si impegna altresì ad osservare lo statuto del Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie.

Ai sensi e nel rispetto degli artt. 130 e 133 del D.lgs. 196/2003 conferisce inoltre autorizzazione a inviare comunicazioni in forma elettronica, SMS, o MMS, o altro tipo, compresi messaggi E-mail, relative alle attività, iniziative, informazioni e adempimenti da parte dell'ANDPROSAN e delle Società dalla stessa controllate e/o partecipate.

(Letta l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali, ai sensi dell'art. art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003, si acconsente al loro trattamento nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari, e che siano trasmessi al datore di lavoro per l'adempimento degli obblighi derivanti dalla legge e dai contratti di lavoro).

Data .....

Firma.....

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003)

In osservanza di quanto previsto dal D. Lgs. 30 giugno 2003 n. 196, Le forniamo le informazioni in ordine alle finalità e modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e diffusione degli stessi, la natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

Finalità e modalità del trattamento dei dati.

L'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie, acquisisce dati relativi alla Sua persona per trattarli nell'ambito della sua attività istituzionale e comunque per le finalità strettamente connesse all'attività sindacale.

L'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie, previo Suo consenso, tratterà i dati forniti anche per erogare altri servizi di sua competenza, connessi alla tutela in ambito lavorativo, fiscale, contabile, previdenziale ed assistenziale nonché per inviare informative istituzionali sulla propria attività e su quella degli enti con o senza scopo di lucro istituiti o costituiti dal sindacato stesso per il perseguimento delle medesime finalità di cui sopra. Ai fini dell'indicato trattamento, il titolare potrà venire a conoscenza di dati definiti "sensibili", quali quelli idonei a rivelare l'origine razziale o etnica, le condizioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione al sindacato, associazioni o organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico, lo stato di salute o la vita sessuale. I dati verranno trattati nel rispetto degli obblighi di sicurezza e riservatezza ad opera di soggetti a ciò appositamente incaricati, mediante strumenti automatizzati e cartacei atti a raccogliere, registrare, memorizzare, gestire, elaborare, comunicare ed archiviare le sue informazioni.

Natura del conferimento e conseguenze in caso di rifiuto

Il conferimento del dato è facoltativo. Tuttavia, qualora Lei si rifiuti di conferire i dati richiesti, potrebbe essere impossibile perfezionare la Sua iscrizione al sindacato e, comunque, potrebbe essere impossibile o particolarmente difficoltoso, con conseguente Suo pregiudizio, garantirle il corretto perseguimento delle finalità istituzionali.

Ambito di comunicazione e diffusione dei dati

Al fine di adempiere correttamente all'incarico conferito, i Suoi dati potranno essere trasmessi e comunicati ad altri soggetti quali, in particolare, il Suo datore di lavoro o ente pensionistico o ente bilaterale. In seguito a Suo specifico consenso, i Suoi dati potrebbero essere comunicati, per consentirle di usufruire dei servizi offerti, o comunque per essere informati sui servizi offerti, a enti o persone giuridiche con scopo di lucro o liberi professionisti dei quali il sindacato si avvale per il perseguimento dei propri scopi. La si informa altresì del fatto che i Suoi dati personali potrebbero essere resi noti a tutti i soggetti, siano essi persone fisiche o giuridiche, espressamente nominati come incaricati o responsabili del trattamento, come tali tenuti agli stessi obblighi di riservatezza che competono al sindacato e altresì espressamente istruiti sull'osservanza delle norme di sicurezza, così come potranno essere saranno resi noti agli altri co-titolari del trattamento, quali le federazioni nazionali, regionali o territoriali. Ove necessario i dati possono essere inoltre comunicati ad enti paritetici contrattuali. I suoi dati personali non saranno in nessun caso diffusi. Diritti riconosciuti Questo sindacato, ai sensi di legge, Le assicura l'esercizio di specifici diritti quali, in particolare, il diritto di conoscere i dati trattati, l'origine, le finalità e le modalità di trattamento nonché di ottenere l'aggiornamento, la rettifica, ovvero, quando vi è interesse, l'integrazione dei dati. Lei potrà, in ogni momento, chiedere la cancellazione o il blocco dei dati in violazione di legge od opporsi alla prosecuzione del trattamento. Potrà inoltre opporsi alla prosecuzione del trattamento effettuato per finalità di informativa di carattere istituzionale e promozionale o, comunque, finalizzato alla ricerca di mercato o alla vendita diretta.

Titolare e responsabile

L'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie riveste la qualità di titolare del trattamento dei dati personali relativi ai servizi erogati.

Consenso al trattamento dei dati personali

1. letta l'informativa che precede, e consapevole che in mancanza di consenso l'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie non potrà procedere al trattamento dei miei dati personali, trattandosi di dati di loro natura sensibili,

presto il mio consenso

nego il mio consenso

al trattamento dei miei dati comuni e sensibili nei limiti dei dati e delle operazioni strettamente necessarie per il perseguimento delle finalità statutarie, nonché alla loro comunicazione ai soggetti indicati nell'informativa, con particolare riferimento al datore di lavoro nonché agli enti previdenziali ed assistenziali, agli enti bilaterali e, comunque, a tutte le articolazioni sindacali, nei limiti in cui la comunicazione sia essenziale per il corretto e completo adempimento degli scopi statuari nonché degli obblighi stabiliti dalla normativa vigente

2. In relazione alla predetta informativa, inoltre, prendendo atto che la prestazione del consenso per attività estranee alla tutela del lavoratore o del pensionato non è obbligatoria e che, in caso di rifiuto, non riceverei alcun pregiudizio,

presto il mio consenso

nego il mio consenso

- al trattamento dei miei dati per finalità di informativa istituzionale e/o promozionale da parte dell'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie del trattamento;

- alla comunicazione e al successivo trattamento dei miei dati personali comuni e sensibili, nei limiti di quanto consentito dalla legge e dalle autorizzazioni generali del Garante e, comunque, nei limiti dei dati e delle operazioni essenziali per l'adempimento degli scopi istituzionali, agli enti e alle persone giuridiche con scopo di lucro delle quali si avvale l'associazione sindacale per il perseguimento dei propri scopi statuari o, comunque, con essa convenzionate o affiliate, agli uffici vertenze e/o di tutela individuale nonché a professionisti legali, fiscali e/o contabili da me eventualmente incaricati di tutelarli in sede amministrativa e/o giurisdizionale;

- al trattamento dei miei dati personali comuni, ai soggetti ai quali sono stati comunicati, per finalità di informativa promozionale, commerciale e istituzionale nonché per il compimento di ricerche di mercato.

Data.....

Firma.....

## Adesione all'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie

Il sottoscritto/a .....

nato/a a .....(Prov)..... il .....

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente in Via .....

CAP ..... (Prov) ..... Città .....

dipendente presso: .....

con la qualifica di: .....

Indirizzo lavoro Via/P.zza.....

CAP ..... (Prov) ..... Città .....

Telefono Cellulare.....

Telefono Lavoro .....

Indirizzo email.....

**CHIEDE**  
**di essere iscritto all'Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie (ANDPROSAN)**

### A U T O R I Z Z A

l'Amministrazione a effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile (esclusa la 13<sup>^</sup>) a favore del sindacato Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie nella misura fissata annualmente dall'organizzazione sindacale interessata.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli altri documenti del fascicolo personale;
3. la stessa potrà essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. L'effetto della revoca decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.

Il Sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, secondo le modalità dalla stessa comunicate, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

S impegna altresì ad osservare lo statuto del Associazione Nazionale Dirigenti Professioni Sanitarie.

Ai sensi e nel rispetto degli artt. 130 e 133 del D.lgs. 196/2003 conferisce inoltre autorizzazione a inviare comunicazioni in forma elettronica, SMS, o MMS, o altro tipo, compresi messaggi E-mail, relative alle attività, iniziative, informazioni e adempimenti da parte dell'ANDPROSAN e delle Società dalla stessa controllate e/o partecipate.

(Letta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, ai sensi dell'art. art. 13 del decreto legislativo n. 196/2003, si acconsente al loro trattamento nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari, e che siano trasmessi al datore di lavoro per l'adempimento degli obblighi derivanti dalla legge e dai contratti di lavoro).

Data .....

Firma.....

Copia da inviare via email all'indirizzo [segretario@andprosan.it](mailto:segretario@andprosan.it) o [andprosan@pec.andprosan.it](mailto:andprosan@pec.andprosan.it) o da consegnare al dirigente sindacale.