



aderente al **FASSID**
Federazione Alpac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

AZIENDA SANITARIA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO

Il sottoscritto/a Dr. _____

nato/a a _____ il _____

Residenza: via _____ n. _____ CAP _____

Città _____ Cell. : _____

e-mail _____

DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO

Azienda Ospedaliera/A.S.L. _____ matr. N° _____

Presidio _____ U.O.C. di _____

Tel. _____ Indirizzo Sede _____

presa visione integrale dello Statuto dell'Associazione e dei suoi Regolamenti

CHIEDE di essere iscritto

al SINDACATO **F.A.S.S.I.D. /Co.A.S. Medici Dirigenti**, a partire dal mese di : _____

Contestualmente si intende iscritto anche all'Associazione Sindacale **Co.A.S. Medici Dirigenti**.

Autorizza pertanto l'Amministrazione a trattenere dagli emolumenti mensili la relativa quota associativa, lo 0,50% dello stipendio base (€ 17,41 per 13 mensilità), a partire dal mese di: _____

Il versamento dovrà essere effettuato sul seguente IBAN: IT3800538716207000043052310 intestato al Dott. Alfredo Petrone per conto di Co.A.S. Medici Dirigenti presso Bper Banca.

Data _____

Timbro e Firma