

AZIENDA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO

Il sottoscritto/a Dr. _____

nato/a a _____ il _____

residenza _____ in via _____ n° _____

mobile : _____ e-mail: _____ @ _____

DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO

Azienda _____ matr. n° _____

Presidio _____ U.O.C. di _____

Tel. _____ Indirizzo _____

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**, dal giorno : _____

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, pari allo 0,50% dello stipendio base (€ 17,41 per 13 mensilità), a partire dal mese di : _____

Il versamento sarà effettuato sul seguente IBAN: IT50L0306909606100000137294

intestato al **CoAS Medici Dirigenti Sardegna** presso Banca INTESA-San Paolo.

Data : ____/____/____

Timbro e Firma _____

Il neoiscritto/a Dr. _____ si impegna a protocollare questo modulo presso la propria Azienda e a notificarne copia al **CoAS Medici** tramite allegato ad una email inviata a : segretario@coasmedici.it

Il **CoAS Medici Dirigenti** si impegna a conservare i dati sensibili ivi contenuti nel rispetto delle norme vigenti sulla privacy individuale e a utilizzarli solo per comunicazioni inerenti l'attività sindacale strettamente connessa a questa iscrizione.

L. Magni Presidente & *A. Garau* Segretario