



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

AZIENDA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO

Il/la sottoscritto/a Dr. _____
nato/a _____ il _____
residenza _____ tel _____
e-mail _____

DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO

Azienda Ospedaliera/A.S.L. _____ matr. _____
Presidio Osp. _____ U.O.C. di _____
Tel. _____ Indirizzo _____

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

CHIEDE di essere iscritto

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

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, 226,33 €/anno), a partire dal mese di : _____

**Il versamento della trattenuta sopraindicata dovrà essere effettuato sul seguente IBAN:
IT83E0307502200CC8500806123 intestato a Co.A.S. Medici Dirigenti presso Banca
Generali.**

Data _____

Timbro e Firma