

AZIENDA SANITARIA LOCALE \_\_\_\_\_

**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: IT95H0311116207000000011068 intestato al Dott. Alfredo Petrone per conto di Co.A.S. Medici Dirigenti presso UBI Banca.**

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Timbro e Firma