

**AZIENDA** \_\_\_\_\_

**DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO**

Il sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_  
nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
residenza \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_  
Tel. mobile \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO**

Azienda Ospedaliera/A.S.L. \_\_\_\_\_ matr. n° \_\_\_\_\_  
Presidio \_\_\_\_\_ U.O.C. di \_\_\_\_\_  
Tel. \_\_\_\_\_ Indirizzo \_\_\_\_\_

**presa visione integrale dello Statuto, del Codice Etico 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, pari a 226,33 €/anno), a partire dal mese di : \_\_\_\_\_

**Il versamento dovrà essere effettuato sull' IBAN: IT80U0311101658000000033855**

intestato a **Co.A.S. Medici Dirigenti** presso **UBI Banca, Agenzia 5572 San Carlo Borromeo - Milano.**

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Il sottoscritto/a Dr. \_\_\_\_\_ si impegna a protocollare questo modulo presso la propria Azienda e a notificarne copia fotografica al **CoAS Medici** tramite allegato ad una email inviata a : [segreteria@coasmedici.it](mailto:segreteria@coasmedici.it) o al numero: 3473639841

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.

\_\_\_\_\_  
*A. Garau & L. Magni*