

All' AZIENDA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO

Il sottoscritto/a Dr. _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ Via : _____ CAP _____

e-mail : _____ tel. _____

DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO

Azienda _____, con il n° di matr. : _____

Dipartimento : _____ U.O.C. di _____

Tel. Int. : _____ 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. /CoAS Medici Dirigenti**, a partire dal mese di _____

Contestualmente si intende iscritto anche all'Associazione Sindacale **CoAS Medici Dirigenti**.

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

Il versamento dovrà essere effettuato sull'IBAN : IT98D0307502200CC8500806122

intestato al **CoAS Medici Dirigenti** presso **Banca Generali**

_____, ____/____/____

Luogo e 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 : segreteria@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 associativa strettamente connessa a questa iscrizione.

L. Magni Presidente & *A. Garau* Segretario