

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 _____ 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 F.A.S.S.I.D. / **Co.A.S. Medici Dirigenti**, 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 dovrà essere effettuato sul seguente IBAN: IT59T0307502200CC8500353507
intestato al **Co.A.S. Medici Dirigenti** presso **Banca Generali Livorno**.

Data _____ Timbro e Firma _____