

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 sarà effettuato sul seguente IBAN: IT04 M033 5901 6001 0000 0116 097
intestato al **Co.A.S. Medici Dirigenti Piemonte** presso **BANCA INTESA-S.PAOLO**.

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 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