

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

**DOMANDA DI ISCRIZIONE ALL'ASSOCIAZIONE MEDICA SINDACALE**

Il sottoscritto/a Dr. ....  
nato/a a ..... il.....  
residenza..... tel.....  
e-mail .....

**DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO**

Az. Ospedaliera / Az. Sanitaria ..... matr. n° .....  
Presidio.....U.O.C. di .....  
Tel. .... Indirizzo.....

**presa visione integrale dello Statuto dell'Associazione, del Codice Etico 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, pari a 226,33 €/anno), a partire dal mese di

**Il versamento dovrà essere effettuato sul seguente IBAN: IT83E0307502200CC8500806123**

intestato a **Co.A.S. Medici Dirigenti** presso **Banca Generali**.

Data.....

Timbro e Firma.....