CoAS
Coordinamento Azione Sindacale
Medici Dirigenti

aderente al FASSID Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

AZIENDA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE TRA I SIMPATIZZANTI AL SINDACATO

***CoAS* Medici Dirigenti**

Il sottoscritto/a Dr. _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____ in via _____ n° _____

mobile : _____ e-mail: _____@_____

con Cod. Fisc. : |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

SPECIALIZZANDO IN _____

presso la Università di _____

matr. n° _____ , in Servizio nel Policlinico _____

Clinica di _____

Tel. _____ Indirizzo _____

presa visione integrale dello Statuto dell'Associazione e dei suoi Regolamenti

CHIEDE

di essere inserito nell'elenco degli Specializzandi/Simpatizzanti per il *Co.A.S.* Medici Dirigenti

dal giorno : _____

Contestualmente si intende iscritto anche all'**Associazione Sindacale *Co.A.S.* Medici Dirigenti, con il potere di accedere gratuitamente ad alcuni dei suoi servizi.**

E' a conoscenza che questa richiesta sarà valida dal momento in cui sarà definito il **bonifico di 36 €/anno**.

che il richiedente dovrà effettuare sull' IBAN: IT98D0307502200CC8500806122

intestato al ***Coordinamento di Azione Sindacale*** presso Banca GENERALI.

Data : _____/_____/_____

Timbro e Firma _____

Il neoiscritto/a Dr. _____ si impegna a notificare copia di questo modulo al ***CoAS* Medici** tramite allegato ad una email inviata a : segretario@coasmedici.it

---

***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 connessa a questa iscrizione.

L. Magni Presidente & *A. Garau* Segretario