



SEZIONE PROVINCIALE

di _____

Il sottoscritto Dr. _____ nato a _____ Prov. _____
il ___/___/___ residente in _____ Prov. _____ via _____
_____ n. _____ tel./fax _____/_____ cellulare _____/_____
Studio _____ e-mail _____

CHIEDE

di iscriversi al **Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani - SNAMI** in qualità di:

- Dipendente della ASL/Ospedale _____
 Convenzionato con la ASL _____ Distretto _____ Cod. regionale n° _____

quale medico di:

- Assistenza Primaria; Dirigenza Medica
 Continuità Assistenziale; Emergenza Sanitaria Territoriale;
 Medicina dei Servizi; Altro: _____

DELEGA

codesta Azienda, tramite l'ufficio preposto, trattenere dalle proprie competenze la quota associativa annuale, nella misura e nei tempi stabiliti dal Consiglio Provinciale dello S.N.A.M.I.

data _____

Timbro e Firma

Per la disdetta da altra organizzazione sindacale compilare la parte sottostante

All'Azienda Sanitaria _____

Il sottoscritto Dott. _____ residente a _____

Via _____ n. _____ con la presente comunica la sua disdetta

dal sindacato _____ **con effetto immediato.**

Data _____

Timbro e Firma
