

RICHIESTA DI ADESIONE MEDICINA SPECIALISTICA AMBULATORIALE

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO

Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale (indicare esatta denominazione)

Presidio di assegnazione - Indirizzo (via/piazza e n. civico)

CAP

Località

Prov.

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto Dott./Prof. Nome

Cognome

Indirizzo (via/piazza e n.civico)

Cap

Località

Prov

Nato a

il

☎ Ab.

☎ Studio

☎ Cell.

E-mail

Codice Fiscale

Sesso

M

F

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

in qualità di specialista ambulatoriale ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari ed altre professionalità ambulatoriali e successive integrazioni nonché per l'applicazione dell'Accordo per l'attuazione della norma finale N. 6 dello stesso.

A U T O R I Z Z A

l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** a favore del sindacato ANAAO ASSOMED nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale interessata.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. **Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli con gli altri documenti del fascicolo personale;**
3. può essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto delle revoca decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.**

Il Sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, secondo le modalità dalla stessa comunicate, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

firma _____

data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANAAO ASSOMED.

firma _____

data _____