

RICHIESTA DI ADESIONE PER MEDICI DEL SETTORE OSPEDALITA' PRIVATA ACCREDITATA, CENTRI DI RIABILITAZIONE E STRUTTURE ASSISTENZIALI

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO E SCEGLIERE L'OPZIONE DI VERSAMENTO DELLA QUOTA SINDACALE

CASA DI CURA 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.

☎ Ospedale

☎ Cell.

E-mail

Codice Fiscale

Sesso

M F

in regime di lavoro dipendente TP TD part time a ore

in regime di lavoro professionale coordinato e continuativo

Area funzionale medica/specialità med. chirurgica/specialità chir. medicina diagnostica e dei servizi

odontoiatria

altro

Specializzazione

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

- Effettuerà il pagamento delle quota sindacale con un bonifico permanente per l'importo di € con scadenza (indicare la periodicità) fino a formale revoca, indicando come causale "versamento quota sindacale" a favore di ANAAO ASSOMED Settore Ospedalità Privata Accreditata conto corrente n. 140.170 IBAN IT19Y 01005 01612 000000140170

- A U T O R I Z Z A** l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** (esclusa la 13^a) a favore del sindacato ANAAO ASSOMED – Settore Ospedalità Privata Accreditata 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. può essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto delle revoca decorrere 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 _____