CoAS
Coordinamento Azione Sindacale
Medici Dirigenti

aderente all'Area SIMeT del FASSID
Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

All'AZIENDA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

nato/a _____ il ____/____/ _____

residenza _____ mobile _____

Cod. Fisc. |___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|___|

n° matricola |___|___|___|___|___|___| e-mail _____

DIRIGENTE MEDICO IN SERVIZIO PRESSO

Azienda Ospedaliera/A.S.L. _____

Presidio _____ U.O.C. di _____

Tel. _____ Indirizzo _____

presa visione integrale dello Statuto, dei Regolamenti e del Codice Etico dell'Associazione

CHIEDE di essere iscritto

all'Associazione Sindacale **CoAS Medici Dirigenti**, facente parte dell'**Area SIMeT** del **FASSID**

a partire dal mese di _____ dell'anno _____ .

Autorizza pertanto l'Amministrazione a trattenere dagli emolumenti mensili la relativa quota associativa, pari allo 0,50% dello stipendio base (€ 18,08 per 13 mensilità, 235,04 €/anno), a partire dal mese di : _____ .

Il versamento dovrà essere effettuato sul seguente IBAN: IT83E0307502200CC8500806123
intestato a **CoAS Medici Dirigenti** presso **Banca Generali di Trieste**

_____
Sede e data

_____
Timbro e Firma

Il neoiscritto/a si impegna a compilare questo documento in tutte le sue parti e protocollarlo presso la propria Azienda e inviarne copia al **CoAS Medici Dirigenti** tramite allegato ad una email inviata a : segretario@coasmedici.it

Il **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 strettamente connessa a questa iscrizione.

Lucia Magni Presidente