CoAS
Coordinamento Azione Sindacale
Medici Dirigenti

Coordinamento Azione Sindacale
Associazione di Medici Dirigenti
Sede Legale via S. Satta, 52 - 09047 - Selargius (CA)
Cod. FIsc. : 97108430584 PEC: coasmedicidirigenti@pec.it

REGIONE LAZIO

All'AZIENDA _____

DOMANDA DI ISCRIZIONE AL SINDACATO

Il/la sottoscritto/a Dr. _____

nato/a _____ il ____/____/ _____

residenza _____ mobile _____

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

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

IN SERVIZIO PRESSO

Azienda Ospedaliera / A.S.L. _____

Presidio _____ Dipart./ U.O.C. di _____

Tel. _____ in qualità di DIRIGENTE ☐ MEDICO ☐ SANITARIO

presa visione integrale dello Statuto, dei Regolamenti e del Codice Etico dell'Associazione Sindacale in intestazzione CHIEDE di essere iscritto

all'Associazione Sindacale **CoAS Medici Dirigenti**, a partire dal primo giorno del mese di _____ dell'anno in corso.

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 sull' IBAN: IT17J0306909606100000131245

intestato al **CoAS Medici Dirigenti** presso **Banca Intesa San Paolo.**

_____

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