



Presidenza Regionale

Piazza Cucco, 2 - 86100 Campobasso
molise@pec.snami.org
Tel. 0874411912

Al Dirigente della U.O. Sovradistrettuale: Dott.ssa Gianfranca Marchesani

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa
residente in alla via/P.za/c.da n°
CAP..... Tel. Cell.
E-Mail

Dichiara di iscriversi allo Snamì – Sezione Provinciale di Campobasso per il settore:

- Assistenza Primaria (MMG)
- Dirigenza Medica (dipendenza in Azienda, sul Territorio, all'Università)
- Continuità Assistenziale (Guardia Medica)
- Emergenza Territoriale (118)
- Medicina del Servizi (Medicina Scolastica, etc)
- Liberi Professionisti
- SNAMI Esperienza (Medici Pensionati)

ed autorizza la A.S.Re.M. a trattenere la quota associativa stabilita dalla Tesoreria Provinciale.

La delega è permanente, salvo mia personale disdetta.

RICEVUTA L'INFORMATIVA SULL'UTILIZZAZIONE DEI PROPRI DATI PERSONALI, AI SENSI DEL D.LGS.VO 30/06/2003 N. 196, IL/LA SOTTOSCRITTO/A CONSENTE IL LORO TRATTAMENTO NELLA MISURA NECESSARIA PER IL PERSEGUIMENTO DEGLI SCOPI STATUTARI.

Data,.....

FIRMA DEL MEDICO LEGGIBILE

DISDETTA PRECEDENTE ISCRIZIONE ORGANIZZAZIONE SINDACALE

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa
residente in alla via/P.za/c.da n°
CAP..... Tel. Cell.
E-Mail

con la presente comunico la mia disdetta dell'iscrizione alla precedente Organizzazione Sindacale

Data

FIRMA DEL MEDICO LEGGIBILE

N.B. : compilare il presente modulo in due copie: una da spedire, anche via Fax (0874311805), alla Segreteria Provinciale, ed una, in originale, alla l'A.S.Re.M.