



Presidenza Regionale

Al Dirigente della U.O. Sovradistrettuale della ASReM

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa

residente in alla Via/P.za/C/da

n° CAP Cell. /

E-Mail @.....

Dichiara di iscriversi allo **SNAMI** – Sezione Regionale Molise, per il settore:

- Ruolo Unico di Assistenza Primaria (MMG e CA)
- Emergenza Sanitaria Territoriale (118)
- Medicina Penitenziaria
- Medicina dei Servizi
- Specialistica Ambulatoriale
- Dirigenza Medica (Dipendenza in Azienda, sul Territorio, all'Università)

e autorizza la ASReM a trattenere la quota associativa stabilita dalla Tesoreria Regionale.

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

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

.....

Data / / FIRMA DEL MEDICO LEGGIBILE

N.B.: il presente modulo va inviato alla Segreteria Regionale info@snamimolise.it - +39 329 0546168