



**Presidenza Regionale**

Piazza Cusco, 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 **SNAMI** – Sezione Provinciale di Campobasso, per il settore:

- Assistenza Primaria (MMG)  
 Continuità Assistenziale (Guardia Medica)  
 Emergenza Sanitaria Territoriale (118)  
 Medicina Penitenziaria  
 Medicina dei Servizi (Medicina Scolastica, etc)  
 Dirigenza Medica (Dipendenza in Azienda, sul Territorio, all'Università)

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.(**0875 717621**)