



Presidenza Regionale

Piazza Cuoco, 2 - 86100 Campobasso
molise@pec.snaml.org
Tel. 0874411912

Al Dirigente della U.O. Sovradistrettuale: Dott. Fabio Cofelice

Il/La Sottoscritto/a Dr./Dr.ssa
residente in alla Via/P.za/C/dan°
CAP..... Cell. / Tel. /
E-Mail @

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

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

ed 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 - **329 0546168**