



Segreteria Provinciale SNAMI – Via Albinoni n 1 - 74010 Statte e-mail: taranto@snami.org

DELEGA SINDACALE

Il/La sottoscritt ___ Dott. _____ nat_ a _____ Prov. ___ il _____
cod. fiscale _____ e-mail _____ residente in via _____
n. _____ (città) _____ Prov. _____ (C.A.P.) _____ tel _____

CHIEDE di iscriversi al Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani - SNAMI in qualità di:

- ☐ **Dipendente** della Az. ASL/ Az. Ospedaliera _____
- ☐ **Convenzionato** con la ASL _____ Distretto _____ Cod. regionale n° _____ quale medico di:
- ☐ Ruolo Unico di Assistenza Primaria;
 - ☐ Assistenza Primaria a ciclo di scelta;
 - ☐ Assistenza Primaria a ciclo orario;
 - ☐ Emergenza Sanitaria Territoriale;
 - ☐ Medicina dei Servizi;
 - ☐ Specialista Ambulatoriale

☐ **Libero Professionista**

☐ **Medico in Formazione**

Autorizza il suddetto Ente a trattenere la quota stabilita dalla Tesoreria Provinciale e a versarla presso l'Istituto di Credito prescelto. La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Segreteria SNAMI.

Data _____ firma _____

N.B. Si allega fotocopia della carta d'identità.

Per la disdetta da altra Organizzazione Sindacale compilare la parte sottostante

All'Azienda Sanitaria _____

Il/La sottoscritt ___ dott. _____ residente in _____
via _____ n. _____ con la presente comunica la sua formale ed
immediata disdetta dall'iscrizione al sindacato _____

Data _____ firma _____