



Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani
Sezione Provinciale di Bari – p.zze Locchi, 8 - 70125 BARI
cell. 3339961335/336723634 e-mail: amilano16@alice.it
pec: bari@pec.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. ab. _____ tel. st. _____ cell. _____

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:
- ☐ Assistenza Primaria;
 - ☐ Continuità Assistenziale;
 - ☐ 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 _____