



SEZIONE PROVINCIALE - FOGGIA

AL DIRETTORE GENERALE

ASL PROVINCIA DI FOGGIA

Il Sottoscritto Dott. _____

domiciliato in _____

Via _____

(C.A.P.) _____ tel. _____

e-mail _____

CHIEDE

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

☐ Convenzionato presso il Distretto n° _____ Cod. regionale n° _____

quale medico di:

- ☐ Assistenza Primaria;
- ☐ Continuità Assistenziale;
- ☐ Emergenza Sanitaria Territoriale;
- ☐ Medicina dei Servizi;
- ☐ Medici convenzionati INPS
- ☐ Altro: _____

Autorizza il suddetto Ente a trattenere la quota stabilita dalla Tesoreria Regionale della Puglia (euro 20,00).

La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Vostra attenzione ed alla segreteria SNAMI Provincia di Foggia.

☐ La presente adesione revoca l'iscrizione ad altri sindacati ed è valida anche nel caso di variazione del rapporto intrattenuto con il medesimo Ente o Azienda.

☐ La presente adesione non revoca l'iscrizione ad altre OO.SS e si autorizza a trattenere la quota di entrambe le iscrizioni

Data _____

Firma _____