



SEZIONE PROVINCIALE

LECCE

Via E. De Candia 11\13

73100 Lecce

alberto.mangiacavallo@gmail.com

pec: lecce@pec.snami.org

Il Sottoscritto Dott. _____

e-mail _____ abitante a _____

Via _____ (città) _____ (C.A.P.) _____

Tel. ab. _____ Tel. st. _____ cell. _____

CHIEDE

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

☐ Dipendente della ASL/Ospedale _____

☐ Convenzionato con la ASL _____ Distretto _____ Cod. regionale n° _____

quale medico di:

- ☐ Assistenza Primaria;
- ☐ Continuità Assistenziale;
- ☐ Emergenza Sanitaria Territoriale;
- ☐ Medicina dei Servizi;
- ☐ Medico R.U.A.P.

Autorizza il suddetto Ente a trattenere mensilmente la quota stabilita dalla Tesoreria Nazionale e a versarla presso l'istituto di credito prescelto.

La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Segreteria SNAMI.

Data _____

Timbro e Firma _____

Per la disdetta da altra organizzazione sindacale compilare anche la parte sottostante

All'Azienda Sanitaria di Lecce

Alla tesoreria del sindacato.....sezione di Lecce

Il sottoscritto dott.....abitante a.....

in via.....n..... con la presente comunica la sua disdetta dal sindacato

.....con **effetto immediato.**

Data.....

timbro e firma.....