



Data.....Asl di appartenenza.....

Settore di Attività	
Medico di medicina generale	<input type="checkbox"/>
Medico dipendente settore emergenza territoriale 118 Firenze soccorso	<input type="checkbox"/>
Medico ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Medico pediatra	<input type="checkbox"/>
Medicina dei servizi	<input type="checkbox"/>
Medicina specialistica convenzionata	<input type="checkbox"/>
Medicina universitaria	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto Dr. Dr.ssa

Residente inprov.....via.....n.....

cap.....telcell.....E-mail.....

Porge domanda di iscrizione al sindacato Snamì sezione di Firenze. Il sottoscritto autorizza l'ASL n..... di a trattenere dalle proprie competenze la somma di €..... quale quota associativa da versare mensilmente. Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali sull'utilizzazione dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 10 L 675/96 il sottoscritto consente il loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Il sottoscritto con la presente comunica anche la disdetta dell'eventuale iscrizione alla precedente organizzazione sindacale.

Firma del medico leggibile..... Copia per l'Asl

>-----



Data.....Asl di appartenenza.....

Settore di Attività	
Medico di medicina generale	<input type="checkbox"/>
Medico dipendente settore emergenza territoriale 118 Firenze soccorso	<input type="checkbox"/>
Medico ospedaliero	<input type="checkbox"/>
Medico pediatra	<input type="checkbox"/>
Medicina dei servizi	<input type="checkbox"/>
Medicina specialistica convenzionata	<input type="checkbox"/>
Medicina universitaria	<input type="checkbox"/>

Il sottoscritto Dr. Dr.ssa

Residente inprov.....via.....n.....

cap.....telcell.....E-mail.....

Porge domanda di iscrizione al sindacato Snamì sezione di Firenze. Il sottoscritto autorizza l'ASL n..... di a trattenere dalle proprie competenze la somma di €..... quale quota associativa da versare mensilmente. Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali sull'utilizzazione dei propri dati personali, ai sensi dell'art. 10 L 675/96 il sottoscritto consente il loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Il sottoscritto con la presente comunica anche la disdetta dell'eventuale iscrizione alla precedente organizzazione sindacale.

Firma del medico leggibile..... Copia per lo Snamì Firenze