



**SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI
SEZIONE PROVINCIALE DI FIRENZE**

V.le dei Mille 96 - 50123 Firenze segreteria 055/8328327
segreteria nazionale V.le Parioi 40 - 00197 Roma

06/454.226.16 fax 06/960.389.81 snami@snami.org snami@pec.snami.org www.snami.org

data.....Asl di appartenenza..... settore di attività:

- MEDICO DI MEDICINA GENERALE MMG CA EST determinato indeterminato
- MEDICO DIPENDENTE SETTORE EMERGENZA TERRITORIALE 118 FIRENZE SOCCORSO
- MEDICO OSPEDALIERO determinato indeterminato
- MEDICO PEDIATRA determinato indeterminato
- MEDICINA DEI SERVIZI determinato indeterminato
- MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA determinato indeterminato
- MEDICINA UNIVERSITARIA determinato indeterminato
- MEDICI ESPERIENZA (in pensione) ISCRITTO AL CORSO DI MG
- LIBERI PROFESSIONISTI
- NAVIGANTI

IL SOTTOSCRITTO DR. / DR.SSA
RESIDENTE INPROV.....VIA.....N.....
CAP.....TELCELL.....
E-MAIL.....

porge domanda di iscrizione al sindacato snami sez di Firenze
il sottoscritto autorizza l'asl n..... di.....a trattenere dalle proprie
competenze la somma di €....., quale quota associativa da versarsi mensilmente .
Ricevuta l'informativa 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. Con la presente comunico anche la
mia disdetta dell' iscrizione alla precedente organizzazione sindacale.

copia per l'asl
firma del medico leggibile.....

data.....Asl di appartenenza..... settore di attività:

- MEDICO DI MEDICINA GENERALE MMG CA EST determinato indeterminato
- MEDICO DIPENDENTE SETTORE EMERGENZA TERRITORIALE 118 FIRENZE SOCCORSO
- MEDICO OSPEDALIERO determinato indeterminato
- MEDICO PEDIATRA determinato indeterminato
- MEDICINA DEI SERVIZI determinato indeterminato
- MEDICINA SPECIALISTICA CONVENZIONATA determinato indeterminato
- MEDICINA UNIVERSITARIA determinato indeterminato
- MEDICI ESPERIENZA (in pensione) ISCRITTO AL CORSO DI MG
- LIBERI PROFESSIONISTI
- NAVIGANTI

IL SOTTOSCRITTO DR. / DR.SSA
RESIDENTE INPROV.....VIA.....N.....
CAP.....TELCELL.....
E-MAIL.....

porge domanda di iscrizione al sindacato snami sez di Firenze
il sottoscritto autorizza l'asl n..... di.....a trattenere dalle proprie
competenze la somma di €....., quale quota associativa da versarsi mensilmente .
Ricevuta l'informativa 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. Con la presente comunico anche la
mia disdetta dell' iscrizione alla precedente organizzazione sindacale.

copia per la segreteria SNAMI
firma del medico leggibile.....