



SNAMI

Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani

Sezione Provinciale di Caserta

Via Ernesto Moneta, 3 Pal. Belsito2 – 81100 Caserta

Tel. : 0823 326625 (orario ufficio)

Email: caserta@snami.org - posta certificata:

DELEGA SINDACALE

Il/la sottoscritto/a dott./^{ssa} _____ nato/a
_____ Prov. (____), il __/__/____, e residente in
_____ Prov. _____ in via _____ n. _____,
C.F.: _____ Tel. _____, cell. _____,
email _____

CHIEDE

di iscriversi al Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – Sezione Di Caserta,
in qualità di medico

Convenzionato con l'ASL _____ Distretto n. _____ Cod. Reg. n. _____;

Dipendente dell'ASL/AO _____;

ruolo:

Assistenza Primaria; Continuità Assistenziale; Emergenza sanitaria
territoriale; Medicina dei Servizi; Altro.

Delega

Codesta ASL, Ufficio preposto, a trattenere dalle proprie competenze la quota
associativa annuale di euro 18,00 al mese (o come eventualmente potrebbe
stabilire il Consiglio Provinciale dello SNAMI Caserta).

Al tempo stesso, il/la sottoscritto/a **CHIEDE** contestualmente la **disdetta** alla
seguente Organizzazione Sindacale _____ sezione Prov.le di

con effetto immediato.

Data, _____

Timbro e Firma