

SETTORE MEDICI DIPENDENTI DEL SSN

E' l'ambito specifico dell'Associazione: i medici che operano in rapporto di dipendenza con il SSN.

Iscrizione

L'iscrizione all'Associazione ha valore a partire dal mese successivo alla data del rilascio della delega. E' necessario che l'originale della delega venga consegnato all'Amministrazione di appartenenza ed una copia inviata alla Segreteria Amministrativa.

Trasferimento

Per poter mantenere l'iscrizione all'Associazione è necessario sottoscrivere la delega per la nuova amministrazione e comunicarne il cambio alla Segreteria Amministrativa.

Dimissione

Le dimissioni devono essere comunicate per iscritto alla propria amministrazione e per conoscenza all'Associazione; come per l'iscrizione hanno valore a partire dal mese successivo alla data del rilascio.



Segreteria Nazionale Settore Amministrativo
Via Scarlatti, 27 - 20124 Milano
Tel. 026694767 Fax 0266982507
Sede legale Via Scarlatti, 27 - 20124 Milano

RICHIESTA DI ADESIONE MEDICI DIRIGENTI DIPENDENTI SSN

SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO

Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale (indicare esatta denominazione)

Presidio di assegnazione - Indirizzo (via/piazza e n. civico)

CAP

Località

Prov.

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto Dott./Prof. Nome

Cognome

Indirizzo (via/piazza e n.civico)

Cap

Località

Prov

Nato a

il

☎ Ab.

☎ Ospedale

☎ Cell.

E-mail

Codice Fiscale

Sesso

M

F

Area funzionale medica/specialità med. chirurgica/specialità chir. medicina diagnostica e dei servizi

sanità pubblica

odontoiatria

altro

Specializzazione

T.P.

T.D.

Rapporto esclusivo

Rapporto non esclusivo

Dirigente responsabile di dipartimento

Dirigente responsabile di struttura complessa

Dirigente responsabile di struttura semplice

Dirigente con incarico professionale, di progetto, verifica/controllo, ecc.

Dirigente con esperienza professionale < 5 anni

Altri

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO ALL'ANAAO ASSOMED

A U T O R I Z Z A

l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** (esclusa la 13[^]) a favore del sindacato ANAAO ASSOMED nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale interessata.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. **Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli con gli altri documenti del fascicolo personale;**
3. può essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto delle revoca decorrere dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.**

Il Sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, secondo le modalità dalla stessa comunicate, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

firma _____

data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANAAO ASSOMED.

firma _____

data _____