



ASSOCIAZIONE SINDACALE ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI

Sede legale: Via E. De' Cavalieri 12 – 00198 Roma
C.F. 97516370588

All'Amministrazione dell'Azienda

Il/La sottoscritto/a
cognome nome

Nato a Prov. il

Residente a in Via cap.

Tel. abitazione cell e-mail

ASL / AZ. OSP.

Indirizzo completo dell'Azienda

Tel.....Fax.....e-mail.....

Qualifica.....Disciplina.....

.....

aderisce all'Associazione Sindacale ANPO – ASCOTI – FIALS MEDICI

nel Dipartimento



ANMDO (€uro 15,00 mensili per 12 mensilità)

e con la presente delega, autorizza l'Amministrazione a norma dell'art. 12 del CCNL 1994-1997 dell'area di contrattazione della dirigenza medica e veterinaria, ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile così come sopra specificato ed inviata entro il mese successivo con accredito sullo specifico conto bancario:

Dipartimento ANMDO: Banca Unicredit –Via G. Massarenti, 100

IBAN IT 88 L 02008 02483 000020101378

Il sottoscritto dichiara inoltre che la presente delega s'intende tacitamente rinnovata di anno in anno sino a revoca scritta che il sottoscritto si impegna a far pervenire a codesta Amministrazione. Dichiara inoltre di accettare sin d'ora ogni variazione di quota che verrà deliberata dagli organi statutari sindacali. Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

L'Amministrazione prende atto che la presente adesione ha valore di delega sindacale.

L'Amministrazione è invitata ad accompagnare il versamento iniziale con l'elenco nominativo degli iscritti all'Associazione Sindacale ANPO – ASCOTI – FIALS MEDICI, distinto per Dipartimento.

Data.....

Firma.....