

**Associazione Sindacale**  
**ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI**  
**RICHIESTA DI ADESIONE SINDACALE**

Il/La sottoscritt\_ Dott./Prof.

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Tel. Cell: \_\_\_\_\_  
e. mail: \_\_\_\_\_  
ASL/AZ. OSP. \_\_\_\_\_

Sede Lavorativa di \_\_\_\_\_  
Unità Operativa di \_\_\_\_\_  
Profilo Professione di **Dirigente Medico**  
**Area Funzionale:**  medica/spec. medica  chirurgica/spec. chir.  
 medicina diagnostica e dei servizi  sanità pubblica  
 odontoiatria  altro \_\_\_\_\_  
 Specializzazione \_\_\_\_\_  
 Tempo pieno  Tempo definito  Rapporto esclusivo  
 Rapporto non esclusivo, con la presente aderisce  
all'Associazione Sindacale ANPO - ASCOTI - FIALS Medici  
dal mese di \_\_\_\_\_ nel Dipartimento: \_\_\_\_\_

ANPO  
 ASCOTI  
 FIALS Medici  
e autorizzo, con la presente delega, l'Amministrazione, ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile così come fissata dal Dipartimento di riferimento ed indicata con separata nota.  
Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lvo 196/03.  
L'Amministrazione è invitata, altresì, a prendere atto che la presente adesione ha valore di delega sindacale.  
L'Amministrazione è impegnata ad accompagnare i versamenti delle quote sindacali, con l'elenco nominativo degli iscritti a questa Associazione sindacale, distinti per Dipartimento.

Data \_\_\_\_\_  
Firma leggibile \_\_\_\_\_

**Associazione Sindacale**  
**ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI**  
**RICHIESTA DI ADESIONE SINDACALE**

Il/La sottoscritt\_ Dott./Prof.

Cognome \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_  
Telefono: \_\_\_\_\_ Tel. Cell: \_\_\_\_\_  
e. mail: \_\_\_\_\_  
DATI FACOLTATIVI

Sede Lavorativa di \_\_\_\_\_  
Unità Operativa di \_\_\_\_\_  
Profilo Professione di **Dirigente Medico**  
**Area Funzionale:**  medica/spec. medica  chirurgica/spec. chir.  
 medicina diagnostica e dei servizi  sanità pubblica  
 odontoiatria  altro \_\_\_\_\_  
 Specializzazione \_\_\_\_\_  
 Tempo pieno  Tempo definito  Rapporto esclusivo  
 Rapporto non esclusivo, con la presente aderisce  
all'Associazione Sindacale ANPO - ASCOTI - FIALS Medici  
dal mese di \_\_\_\_\_ nel Dipartimento: \_\_\_\_\_

ANPO  
 ASCOTI  
 FIALS Medici  
e autorizzo, con la presente delega, l'Amministrazione, ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile così come fissata dal Dipartimento di riferimento ed indicata con separata nota.  
Autorizzo il trattamento dei dati personali ai sensi del D.lvo 196/03.  
L'Amministrazione è invitata, altresì, a prendere atto che la presente adesione ha valore di delega sindacale.  
L'Amministrazione è impegnata ad accompagnare i versamenti delle quote sindacali, con l'elenco nominativo degli iscritti a questa Associazione sindacale, distinti per Dipartimento.

Data \_\_\_\_\_  
Firma leggibile \_\_\_\_\_

DISDETTA SINDACALE  
Alla ASL/ AZ. OSP.

Allo Organizzazione Sindacale  
Loro Sedi

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_  
dipendente dell'Azienda Sanitaria in indirizzo ed operante presso la Sede Lavorativa \_\_\_\_\_  
U.O. di \_\_\_\_\_, con il profilo **Dirigente Medico**, con la presente revoca a tutti gli effetti, a decorrere dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, la delega sindacale rilasciata precedentemente all'Organizzazione Sindacale in indirizzo.

In fede

Firma leggibile