

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

abitante a \_\_\_\_\_ (città) \_\_\_\_\_ (C.A.P.) Via \_\_\_\_\_

Tel. ab. \_\_\_\_\_ Tel. st. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

**chiede di iscriversi al Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani - SNAMI** in qualità di:

Dipendente della ASL/Ospedale \_\_\_\_\_

Convenzionato con la ASL \_\_\_\_\_ Distretto n° \_\_\_\_\_ Cod. regionale n° \_\_\_\_\_ quale medico di

Assistenza Primaria  Continuità Assistenziale  Emergenza Sanitaria Territoriale  Medicina dei Servizi

altro .....

autorizza il suddetto Ente a trattenere la quota stabilita dalla Tesoreria provinciale di \_\_\_\_\_.

**La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Segreteria SNAMI.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_