

**CARTOLINA DI ISCRIZIONE ALLO SNAMI**  
Da restituire via e-mail all'indirizzo: [segreteria@snamimilano.org](mailto:segreteria@snamimilano.org)

Il Sottoscritto/a Dott./ Dott.ssa \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ 2ª e-mail (opzionale) \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_

Studio a \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

CELL. Riservato \_\_\_\_\_ CELL. Studio \_\_\_\_\_

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

Dipendente della ASST/Ospedale \_\_\_\_\_

Convenzionato con la ASST \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ 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 \_\_\_\_\_

*Ai sensi del Testo Unico D.L. 196/2003 del regolamento (UE) n. E 2016/679 e del decreto legislativo 10 agosto 2018 n. 101, recante disposizioni a tutela dei dati personali, si informa che i dati che verranno forniti a questa segreteria saranno utilizzati esclusivamente per le nostre comunicazioni.*