

Spettabile
.....

Il Sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Residente a Prov

Via N.

Comunica le proprie dimissioni da Codesto Sindacato

A partire dalla data odierna.

Distinti saluti

Firma

Data

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 _____