

RICHIESTA DI ADESIONE ALLA FESMED PER I MEDICI DIPENDENTI DEL SSN

(Compilare in stampatello ed inviare in busta chiusa a FESMED - Via G. Abamonti 1 - 20129 Milano)

Denominazione Azienda di appartenenza _____

Indirizzo dell'Azienda (via/p.za e n. civico) _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto Dr Prof

Cognome _____ Nome _____

Nato a _____ il _____ C.F. _____

Indirizzo (via/p.za) _____ n. _____

CAP _____ Città _____ Prov. _____

Telef. _____ Mobile _____ E-mail _____

Specializzazione _____ Rapporto di lavoro: esclusivo non esclusivo

Ospedale _____ Città _____

chiede di essere iscritto alla FESMED (Federazione Sindacale Medici Dirigenti) a partire dal primo giorno del mese successivo alla data della presente richiesta e autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta sindacale di: *(indicare una delle seguenti opzioni)*

- 15 euro mensili (180 euro/anno), da versare all'articolazione professionale **FESMED/ACOI**, sul c/c bancario intestato a **A.C.O.I.** presso la Unicredit Banca di Roma; **codice IBAN: IT23J0200805050000400733198**
- 35 euro mensili (420 euro/anno), da versare all'articolazione professionale **FESMED/AOGOI**, sul c/c bancario intestato a **A.O.G.O.I.** presso Banca Popolare Commercio e Industria, Fil. MI - Monte di Pietà; **codice IBAN: IT67D050480167200000019863**
- 13 euro mensili (156 euro/anno) da versare all'articolazione professionale **FESMED/SEDI**, sul c/c bancario intestato a **S.E.D.I.** presso BIPOP CARIRE, Ag. 6 di Reggio Emilia; **codice IBAN: IT88U0543712806000000531456**
- 15 euro mensili (180 euro/anno) da versare all'articolazione professionale **FESMED/SUMI**, sul c/c bancario intestato a **S.U.M.I.** presso il Credito Emiliano Spa, Sede di Andria; **codice IBAN: IT82M0303241340010000011593**
- 20 euro mensili (240 euro/anno) da versare alla **FESMED** (senza specifica di articolazione), su c/c bancario intestato a **FESMED**, presso Banca Popolare Commercio e Industria, Fil. MI - Monte di Pietà; **Codice IBAN: IT38V0504801672000000035649**

Successivamente, in caso di variazione, autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta secondo le modalità e nella misura che vi comunicherà la stessa FESMED.

La presente delega può essere revocata con comunicazione all'Amministrazione e all'organizzazione sindacale interessata. L'effetto delle revoca decorrerà dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.

firma _____ data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative della FESMED.