



## Sezione Provinciale di Messina

viale Europa, 58  
98123 Messina

Tel - 338.2970912

Il Sottoscritto Dott. \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_ abitante a \_\_\_\_\_

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

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 MESSINA.

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

**La presente adesione revoca l'iscrizione ad altri sindacati ed è valida anche nel caso di variazione del rapporto intrattenuto con il medesimo Ente o Azienda.**

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_