



Modulo di Iscrizione

Spett. Presidente SNAMI Trento

trento@pec.snami.org

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa _____

Codice Fiscale _____ Cell. _____

e-mail _____

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

- Dipendente APSS – Ospedale/Distretto** _____
- Convenzionato APSS** con Cod. regionale _____ Distretto _____
Ambito _____ quale medico di:
 - Ruolo Unico della Medicina Generale Titolare (ex AP e CA titolare)
 - Ruolo Unico della Medicina Generale Incaricato (ex AP e CA con incarico a tempo determinato)
 - Emergenza Sanitaria Territoriale
 - Medicina Penitenziaria
- Iscritto al Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale** (se contemporaneamente incaricato nel Ruolo Unico della Medicina Generale questo prevale sulla scuola e si chiede di indicarlo, anche se incarico temporaneo)
- Altro** (specificare) _____

Autorizza pertanto il suddetto Ente a trattenerne la quota stabilita dalla Tesoreria Provinciale di Trento. La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla Segreteria SNAMI Trento (trento@pec.snami.org) ed è pertanto efficace anche nel caso di cambio di ruolo o di incarico all'interno della stessa Azienda.

Luogo e data _____ Firma _____