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 Asuit – Ospedale/Distretto** _____
- ◯ **Convenzionato Asuit** 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 trattenere 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 _____