



SEZIONE PROVINCIALE TRENTO

Spett. Presidente SNAMI Trento

trento@pec.snami.org

Il/La sottoscritto/a Dott _____

e-mail _____

abitante in _____

Tel. abitazione _____ Tel. studio _____ Cell. _____

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

- Dipendente della APSS – Ospedale/Distretto _____
- Convenzionato con APSS Distretto _____

Cod. regionale _____ quale medico di:

- Assistenza Primaria
- Continuità Assistenziale
- Emergenza Sanitaria Territoriale
- Medicina dei Servizi
- altro _____

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).

Luogo e data _____ Firma _____