

**Sezione FARMACISTI**

Al Direttore Generale \_\_\_\_\_

e p.c. Al Segretario Aziendale FVM - ASL/AO \_\_\_\_\_

Al Presidente FVM - Via Nizza, 11 - 00198 - ROMA

Il sottoscritto dott. ....

C.F. .... nato a ..... il .....

Residente a ..... Prov ..... CAP.....

Via ..... n.....

Tel. .... Cell..... email .....

Dipendente della ASL/AO/IZS di ..... Regione .....

con incarico dirigenziale di ..... Area/Dip.....

**dichiara:**

- di conoscere e rispettare lo Statuto della **Federazione Veterinari e Medici - in acronimo FVM** - pubblicato sul sito: [www.federazioneveterinariemedici.it](http://www.federazioneveterinariemedici.it) ;
- di aderire ad **FVM**, Codice Fiscale 97503820587, iscrivendosi nella **Sezione Farmacisti.**;
- **di delegare la rappresentanza sindacale ad FVM;**
- di delegare l'Amministrazione in indirizzo a far praticare dall'Ufficio Personale, fin dal prossimo mese, la trattenuta della quota di iscrizione con indicata in busta paga la causale relativa all'iscrizione a FVM, e il periodo di riferimento come sotto indicato:

- Farmacista Dirigente € 25.00 mensili  
 Farmacista Dirigente Struttura Complessa € 35.00 mensili
- Ospedali       Territorio       Altro



Da accreditare sul conto bancario BANCA ETICA intestato a FEDERAZIONE VETERINARI E MEDICI - FVM FARMACISTI identificato con IT 88 J 0501803200000000250207

data \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

Dichiara di aver dato il proprio consenso al trattamento dei dati personali presa visione dell'informativa D.LGS. 196/2003 relativa alla TUTELA DEI DATI PERSONALI pubblicata, a corollario dello Statuto FVM, sul sito ufficiale [www.federazioneveterinariemedici.it](http://www.federazioneveterinariemedici.it)

Firma \_\_\_\_\_