

Sezione SIVeMP

Al Direttore Generale _____

e p.c. Al Segretario Aziendale FVM- _____

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/IZS di Regione

con incarico dirigenziale di Area/Dipartimento

dichiara:

- di conoscere e rispettare lo Statuto della **Federazione Veterinari e Medici** - in acronimo **FVM** - pubblicato sul sito: www.federazioneveterinariemedici.it ;
- di aderire ad **FVM**, Codice Fiscale 97503820587, iscrivendosi nella **Sezione SIVeMP**;
- **di delegare la rappresentanza sindacale ad FVM**;
- di delegare l'Amministrazione in indirizzo a far praticare dall'Ufficio Personale, dal prossimo mese e fino ad eventuale revoca, la trattenuta della quota di iscrizione mensile – per 12 mensilità annue - con indicata in busta paga la causale relativa all'iscrizione a FVM e il periodo di riferimento, come sotto indicato:

Veterinario Dirigente € 24.63 mensili

Veterinario Dirigente Struttura Complessa € 29.86 mensili

Da accreditare sullo specifico conto bancario:

c/c BANCO POSTA IBAN IT 45 C 07601 03200 000092010644 - intestato a FVM - VETERINARI



Il sottoscritto prende atto che l'importo della quota potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione da FVM

Per i Veterinari l'iscrizione a FVM comporta l'iscrizione contestuale a Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (SIMeVeP), salvo espressa rinuncia comunicata nel termine di 1 mese dall'iscrizione stessa.

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

data _____ **FIRMA** _____