

Sezione SMI

Al Direttore Generale ASL/AO _____

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 ;
- di aderire ad **FVM**, Codice Fiscale 97503820587, iscrivendosi nella **Sezione SMI.;**
- **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:

Dirigente Medico € 20.00 mensili

Ospedali

Territorio

118 e P.S.



Da accreditare sullo specifico conto bancario:

c/c UNICREDIT IBAN IT 44 B 02008 41160 000021025899 - intestato a FVM MEDICI

Per i Medici sezione SMI l'iscrizione a FVM comporta l'iscrizione contestuale a ASSIMEFAC, 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 _____