



ASSOCIAZIONE SINDACALE ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI

Sede legale: Via E. De' Cavalieri 12 – 00198 Roma
C.F.

All'Amministrazione dell'Azienda

Il/La sottoscritto/a

cognome

nome

Nato a Prov. il

Residente a in Via cap.

Tel. abitazione cell. e-mail

ASL / AZ.OSP.

Indirizzo completo dell'Azienda

Tel. Fax e-mail

Qualifica Disciplina

aderisce all'Associazione Sindacale ANPO – ASCOTI – FIALS Medici

nel Dipartimento

ANPO (€uro 39,00 mensili per 13 mensilità)

ASCOTI (€uro 16,00 mensili per 13 mensilità)

FIALS Medici (€uro 18,00 mensili per 13 mensilità)

e con la presente delega, autorizza l'Amministrazione a norma dell'art. 12 del CCNL 1994-1997 dell'area di contrattazione della dirigenza medica e veterinaria, ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile così come sopra specificato ed inviata entro il mese successivo con accredito sullo specifico conto bancario:

Dipartimento ANPO: IBAN IT 03 I 03002 03365 000000 200034

Dipartimento ASCOTI: IBAN IT 31 X 01005 15900 000000015824

Dipartimento FIALS Medici: _____

Il sottoscritto dichiara inoltre che la presente delega s'intende tacitamente rinnovata di anno in anno sino a revoca scritta che il sottoscritto si impegna a far pervenire a codesta Amministrazione. Dichiara inoltre di accettare sin d'ora ogni variazione di quota che verrà deliberata dagli organi statutari sindacali. Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

L'Amministrazione prende atto che la presente adesione ha valore di delega sindacale.

L'Amministrazione è invitata ad accompagnare il versamento iniziale con l'elenco nominativo degli iscritti all'Associazione Sindacale ANPO-ASCOTI-FIALS Medici, distinto per Dipartimento.

Data

Firma



ASSOCIAZIONE SINDACALE ANPO - ASCOTI - FIALS MEDICI

Sede legale: Via E. De' Cavalieri 12 – 00198 Roma
C.F.

All'Amministrazione dell'Azienda

Il/La sottoscritto/a

cognome

nome

Nato a Prov. il

Residente a in Via cap.

Tel. abitazione cell. e-mail

ASL / AZ.OSP.

Indirizzo completo dell'Azienda

Tel. Fax e-mail

Qualifica Disciplina

aderisce all'Associazione Sindacale ANPO – ASCOTI – FIALS Medici

nel Dipartimento

ANPO (€uro 39,00 mensili per 13 mensilità)

ASCOTI (€uro 16,00 mensili per 13 mensilità)

FIALS Medici (€uro 18,00 mensili per 13 mensilità)

e con la presente delega, autorizza l'Amministrazione a norma dell'art. 12 del CCNL 1994-1997 dell'area di contrattazione della dirigenza medica e veterinaria, ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile così come sopra specificato ed inviata entro il mese successivo con accredito sullo specifico conto bancario:

Dipartimento ANPO: IBAN IT 03 I 03002 03365 000000 200034

Dipartimento ASCOTI: IBAN IT 31 X 01005 15900 000000015824

Dipartimento FIALS Medici: _____

Il sottoscritto dichiara inoltre che la presente delega s'intende tacitamente rinnovata di anno in anno sino a revoca scritta che il sottoscritto si impegna a far pervenire a codesta Amministrazione. Dichiara inoltre di accettare sin d'ora ogni variazione di quota che verrà deliberata dagli organi statutari sindacali. Autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi del D.Lgs. 196/03.

L'Amministrazione prende atto che la presente adesione ha valore di delega sindacale.

L'Amministrazione è invitata ad accompagnare il versamento iniziale con l'elenco nominativo degli iscritti all'Associazione Sindacale ANPO-ASCOTI-FIALS Medici, distinto per Dipartimento.

Data

Firma