

ANMI -ASSOMED SIVEMP - FPM

Sede Legale Via San Martino della Battaglia- 31 – 00185 Roma tel . 064872050 fax 06.48919462

RICHIESTA di ADESIONE DIRIGENTI MEDICI e DIRIGENTI

SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO

Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale (indicare esatta denominazione)

Sede di assegnazione – Indirizzo di lavoro (via/piazza e n. civico)

CAP	Località	Prov.
-----	----------	-------

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto Dott. Nome

Cognome

Codice Fiscale

Sesso M F

Indirizzo (via/piazza e n.civico)

Cap

Località

Prov

Nato a

il

Tel. ab.

Tel. Ente

Tel. Cell.

E-mail

Qualifica

Incarico

Dirigente medico I° livello Dirigente medico II° livello

Dirigente sanitario Ministero salute

Dirigente amministrativo Ministeri Altri dirigenti

Rapporto lavoro

indeterminato

determinato

altro

ANMI - ASSOMED SIVEMP - FPM

A U T O R I Z Z A

l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione, nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale interessata, una trattenuta mensile a favore di

- ANMI – ASSOMED SIVEMP – FPM Dirigenza medica enti pubblici non economici
- ANMI – ASSOMED SIVEMP – FPM Dirigenza sanitaria dei ministeri
- ANMI – ASSOMED SIVEMP – FPM Dirigenza amministrativa dei ministeri delle agenzie fiscali e degli enti pubblici non economici

Le quote sono differenziate a seconda delle categorie sopra indicate. Specificatamente per la dirigenza medica EPNE la quota mensile è pari ad euro 35.00 per tredici mensilità.

da versare mensilmente mediante bonifico IBAN IT22 N 02008 05211 000102812652 UNICREDIT 00712 ROMA BONCOMPAGNI intestato a ANMI – ASSOMED SIVEMP – FPM

CODICE FISCALE 97673640583

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente richiesta;
2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. **Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli con gli altri documenti del fascicolo personale;**
3. può essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto delle revoca decorre dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.**

Il sottoscritto dichiara di essere a conoscenza del fatto che l'iscrizione a ANMI – ASSOMED SIVEMP – FPM comporta automaticamente l'iscrizione a: ANMI per i Dirigenti medici dipendenti da enti pubblici non economici, ASSOMED – SIVEMP per i Dirigenti sanitari dei ministeri e a FPM per i Dirigenti amministrativi dei ministeri delle agenzie fiscali e degli enti pubblici non economici. La quota associativa annuale verrà versata alle rispettive sezioni di riferimento da ANMI – ASSOMED SIVEMP – FPM.

Il Sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, secondo le modalità dalla stessa comunicate, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

firma

data

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' ANMI - ASSOMED SIVEMP - FPM

firma

data