

**DIPENDENTI/AUTONOMI**

- COPIA PER L'AMMINISTRAZIONE  
 COPIA PER LA SEGRETERIA REG./PROV.  
 COPIA PER LA SEGRETERIA

NAZIONALE

FEDERAZIONE AUTONOMA MEDICI ITALIANI

SCHEDA DI ADESIONE ALLA "Feder.A.M.I."

Alla ASL / AZ. OSP. \_\_\_\_\_

(indicare Amministrazione di appartenenza)

Alla Federazione Autonoma Medici Italiani - Viale A. Ballarin, n. 2 – 00142 Roma

\_ l \_ sottoscritt \_\_\_\_\_

dipendente da codesta Amministrazione/lavoratore autonomo con la qualifica di \_\_\_\_\_

Laurea \_\_\_\_\_ Specializzazione \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

residente in via / piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cap \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Cod. Fiscale \_\_\_\_\_

Cell \_\_\_\_\_ Tel. Uff. \_\_\_\_\_

Tel. Abit. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

- **AUTORIZZA L'AMMINISTRAZIONE IN INDIRIZZO** ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del Sindacato Federazione Autonoma Medici Italiani per un importo fisso/percentuale da calcolare sul trattamento economico in godimento alla data in cui ha efficacia la presente delega e nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale di appartenenza.

Oppure

- **SI IMPEGNA** ad effettuare un versamento periodico fisso a favore del Sindacato Federazione Autonoma Medici Italiani stabilito annualmente dalla organizzazione sindacale di appartenenza.

La delega:

- 1) ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_
- 2) può essere dall'\_\_\_\_\_stess \_\_\_\_\_revocata affinché cessino gli effetti a partire dal 1° mese successivo con comunicazione scritta da inviare alla Amministrazione e alla Organizzazione Sindacale. (G.U. n. 45 - SERIE GENERALE del 23-2-1996 - G.U. n. 56 - SERIE GENERALE del 7-3-1996)

\_\_ l \_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro 5 giorni del mese successivo cui si riferiscono, all'organizzazione sindacale cui aderisce sul C/C Codice IBAN: IT 81 I 0569603210 000006664X59 intestato a Segreteria Nazionale Federazione Autonoma Medici Italiani Viale A. Ballarin, n. 2 - 00142 Roma.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

### **Nota della Segreteria Nazionale**

Le trattenute mensili da parte delle Amministrazioni, da effettuare sulla retribuzione degli iscritti o i versamenti diretti da parte di questi ultimi alla Federazione Autonoma Medici Italiani, devono corrispondere a euro 8,34 mensili per dodici mensilità.

Tali somme devono essere versate sul C/C Codice IBAN: IT 81 I 0569603210 000006664X59, intestato a Segreteria Nazionale Federazione Autonoma Medici Italiani Viale A. Ballarin, n. 2 - 00142 Roma. La Segreteria Nazionale della Federazione Autonoma Medici Italiani è l'unica titolare a comunicare eventuali variazioni a quanto disposto nella presente delega attraverso apposita comunicazione alle Aziende Sanitarie e agli Enti Pubblici e Privati.

Per individuare gli elementi essenziali dell'uso che faremo dei tuoi dati, ti invitiamo a consultare l'informativa per comprendere tutti gli elementi e le attività che interesseranno i tuoi dati personali. Trovi l'informativa nella pagina allegata alla presente delega.