

**SEDE PROVINCIALE DI PALERMO**

Il sottoscritto il Dott. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nato a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

Di iscriversi al Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani – SNAMI in qualità di:

* Dipendente ASL/ospedale
* Convenzionato con l’ASP n.\_\_\_\_\_\_\_ distretto n. \_\_\_\_\_\_\_\_ cod.regionale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

In qualità di

* + Assistenza primaria
	+ Continuità assistenziale
	+ Emergenza sanitaria territoriale
	+ Medico dei servizi
* Medico in formazione nella “Scuola di Alta formazione in Medicina Generale” (CFSMG)
* Medico in formazione in \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* Libero professionista
* Altro (specificare) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autorizza il suddetto Ente a trattenere la quota stabilita della Tesoreria provinciale di Palermo. \*

La delega è permanente salvo mia personale disdetta inviata alla segreteria SNAMI.

Palermo, il \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\*ad esclusione dei corsisti/specializzandi, per i quali l’iscrizione è gratuita.