



U.S.S.M.O. – Segreteria Nazionale
Settore Amministrativo Contabile
Via F. Turati n. 1 – 70125 Bari
Tel./Fax 080.5022849 - ussmo@libero.it
Sede legale: Via F. Turati n. 1 – 70125 Bari
C.F. = 93418460726

**RICHIESTA DI ADESIONE MEDICI DIRIGENTI DIPENDENTI SSN
SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO**

Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale (indicare esatta denominazione)

Presidio di assegnazione _____

Indirizzo (via/piazza e n. civico) _____

CAP _____ Località _____ Prov. _____

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto Dott./Prof. Cognome Nome _____

Nato a _____ (_____) il _____

Residenza: Indirizzo (via/p.zza e n.civico) _____

Cap _____ Località _____ Prov _____

Tel. Ab. _____ Fax _____ Tel. Ospedale _____

Cell. _____ E-mail _____

Sesso M F Codice Fiscale _____

ANNO DI ASSUNZIONE: _____

Area funzionale

medica/specialità med. chirurgica/specialità chir.
 medicina diagnostica e dei servizi odontoiatria altro

Specializzazione _____

Tempo Indeterminato Tempo Determinato Tempo Definito
 Rapporto esclusivo Rapporto non esclusivo
 Dirigente Direttore di dipartimento Dirigente Direttore Unità Operativa Complessa
 Dirigente responsabile di struttura semplice Dirigente con incarico professionale, ecc.
 Dirigente con esperienza professionale < 5 anni Altri

Iscritto altro Sindacato _____ Società Scientifica _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO A

UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI (U.S.S.M.O.)

A U T O R I Z Z A

l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** (esclusa la 13[^]) a favore del sindacato **UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI (U.S.S.M.O.)** nella misura fissata in **€ 20,00 (venti/00) mensili.**

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente;
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 altri documenti del fascicolo personale;**
3. può essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto delle revoca decorrere 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 chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, nel rispetto delle normative vigenti in materia, secondo le seguenti modalità: versamento sul **c.c. bancario intestato a Universo Sanità Sindacato Medici Ospedalieri – U.S.S.M.O.** con Iban IT 68 A 02008 04025 000102044039 presso la Banca Unicredit Ag. Bari Einaudi

data ___/___/___/

firma _____

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 di **UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI (U.S.S.M.O.)**

data ___/___/___/

firma _____

Il modulo compilato e firmato in originale deve essere consegnato all'Amministrazione di competenza. Una copia dello stesso dovrà essere inoltrata a: UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI (U.S.S.M.O.) - Settore Amministrativo Contabile. Via F. Turati n. 1, 70125 Bari