



**SEZIONE PROVINCIALE  
di Trapani**

Via Francesco Crispi 88/A - 91025 Marsala  
info@snamitrapani.org

Il sottoscritto Dr. \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ con studio in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ tel./fax \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ altri  
recapiti \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

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

- Dipendente della ASL/Ospedale \_\_\_\_\_  
 Convenzionato con la ASL \_\_\_\_\_ Distretto \_\_\_\_\_ Cod. regionale n° \_\_\_\_\_

quale medico di:

- Assistenza Primaria;  Continuità Assistenziale;  Emergenza Sanitaria Territoriale;  
 Medicina dei Servizi;  Altro: \_\_\_\_\_

**DELEGA**

codesta Azienda, tramite l'ufficio preposto, trattenere dalle proprie competenze la quota associativa annuale, nella misura e nei tempi stabiliti dal Consiglio Provinciale dello S.N.A.M.I. e a versarla sul c/c n. 010/000001204 aperto presso il CREDEM agenzia n.2 di Marsala intestato allo S.N.A.M.I. – Sezione Prov.le di Trapani – Via Francesco Crispi n. 8A – Marsala (**IBAN : IT38 E 03032 25906 010000001204**).

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma  
\_\_\_\_\_

**Per la disdetta da altra organizzazione sindacale compilare la parte sottostante**

All'Azienda Sanitaria di Trapani

Al tesoriere del sindacato.....sezione di TRAPANI

Il sottoscritto Dott..... abitante a .....

in via.....n..... con la presente comunica la sua disdetta dal

sindacato .....con **effetto immediato**.

Data \_\_\_\_\_

Timbro e Firma  
\_\_\_\_\_