



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 DEI MEDICI SPECIALISTI AMBULATORIALI DEL SSN  
SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO**

**Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale (indicare esatta denominazione)**

Presidio di assegnazione \_\_\_\_\_

Indirizzo(via/p.zza 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. studio \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Sesso M F Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Con ore settimanali \_\_\_\_\_

**Chiede l'Iscrizione a U.S.S.M.O. - Universo Sanità Sindacato Medici Ospedalieri**

In qualità di specialista ambulatoriale ai sensi e per gli effetti dell'Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 per la disciplina dei medici specialisti ambulatoriali interni, i medici veterinari ed altre professionalità ambulatoriali e successive integrazioni, nonché per l'applicazione dell'Accordo per l'attuazione della norma finale N.& dello stesso.

**A U T O R I Z Z A**

l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione **una trattenuta mensile** 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 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 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**  
**UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI ( U.S.S.M.O.) Via F. Turati n. 1, 70125 Bari e-mail: ussmo@libero.it**