



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 GIOVANI MEDICI (Non Occupati e fino al compimento del 36 anno)  
SI PREGA COMPILARE IN STAMPATELLO**

**DELEGA SINDACALE :** Il sottoscritto Cognome Nome Dott \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

---

**Chiede l'Iscrizione a U.S.S.M.O. - Universo Sanità Sindacato Medici Ospedalieri in qualità di  
GIOVANE MEDICO non occupato e di età non superiore a 36 anni..**

**SI IMPEGNA**

A corrispondere la quota annuale di € 50,00 (euro cinquanta) a favore del sindacato UNIVERSO SANITA' SINDACATO MEDICI OSPEDALIERI ( U.S.S.M.O.).

**L'importo sarà corrisposto 0 in Unica Soluzione entro il 15 gennaio di ogni anno**

**0 in Soluzione Semestrale entro il 15 gennaio e 15 luglio di ogni anno**

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dalla sua sottoscrizione;
2. per iscrizioni effettuate nel secondo semestre sarà corrisposta solo la quota semestrale per l'anno d'iscrizione;
3. può essere revocata con semplice comunicazione scritta inviata a U.S.S.M.O.

Gli importi potranno essere corrisposti:

- **direttamente**, con rilascio di ricevuta da parte del Tesoriere o del Segretario preposto.
- tramite **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 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**