



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) 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