



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 - SANITA' PRIVATA**  
**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<sup>^</sup>) 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**