



S.I.Ve.M.P.

Sindacato Italiano Veterinari Medicina Pubblica

Coordinamento Nazionale Veterinari Convenzionati e Precari (federato SMI - Sindacato Medici Italiani)

00198 ROMA – Via Nizza, 11

Tel. 068542049 – Fax 068848446

E-mail: segrenaz@sivemp.it

www.sivemp.it

Al Direttore Generale della

Azienda Sanitaria Locale _____

Istituto Zooprofilattico Sper. _____

Via _____

Comune _____ CAP _____

Al Comitato Zonale Prov.le _____

Al Segretario Nazionale

Al Segretario Regionale

Al Segretario Aziendale

DELEGA SINDACALE

Il Sottoscritto dott. _____ nato a _____ il _____

C.F. _____ residente a _____ Prov. _____ CAP _____ via _____

_____ n. _____ tel. _____ cell. _____ e-mail _____

in qualità di veterinario convenzionato con l’Azienda sanitaria locale in indirizzo in forza di un contratto sottoscritto in data _____, CHIEDE di essere iscritto al SIVeMP – Coordinamento Convenzionati e DICHIARA di essere a conoscenza dello Statuto vigente e di impegnarsi a rispettarlo e a farlo rispettare.

A tal fine (barrare la posizione contrattuale A o B):

A

in qualità di veterinario convenzionato ai sensi e per gli effetti dell’Accordo Collettivo Nazionale del 23 marzo 2005 per la disciplina dei rapporti con i 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. 6 dello stesso,

AUTORIZZA

L’amministrazione ad effettuare una trattenuta sindacale di:

- €12,00 per una convenzione fino a 18 ore settimanali ;

- €18,00 per una convenzione superiore a 18 ore settimanali;

sulla propria **retribuzione mensile**. Il contributo sindacale dovrà essere versato dall’Azienda tramite bonifico bancario sul C/C Banco Posta, IBAN IT 22 N 07601 03200 000065943003 intestato a SIVeMP - Via Nizza 11 - 00198 Roma.

B

in qualità di veterinario convenzionato con contratto di prestazione professionale, a tempo determinato valido sino al _____;

DICHIARA

di impegnarsi a versare tramite bonifico bancario sul C/C Banco Posta, IBAN IT 22 N 07601 03200 000065943003 intestato a S.I.Ve.M.P. - Via Nizza 11 - 00198 Roma, una **quota annua di €100,00**

In entrambi i casi l’iscrizione comporta l’iscrizione gratuita alla Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (SIMeVeP)

_____, li _____

IL RICHIEDENTE

dott. _____

firma

Con la presente consento il 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 del S.I.Ve.M.P. e della SIMeVeP

firma _____ data _____