



Al Direttore Generale AO/ASL/IZS _____ Sede _____

Al Presidente FVM Via Nizza 11 - 00198 Roma

Al Segretario Aziendale AO/ASL/IZS _____ Provincia _____

Il Sottoscritto dott. _____ Medico Chirurgo

Codice Fiscale _____ Medico Veterinario

nato a _____ il _____

residente a _____

via _____ n. _____

cap _____ prov _____

tel _____ cell _____ e-mail _____

dipendente della ASL/AO/IZS di _____ Regione _____

con incarico dirigenziale di _____ Area/Dipartimento _____

chiede di essere iscritto alla F.V.M.

A tal fine dichiara:

a) di essere a conoscenza dello Statuto approvato dal Congresso Nazionale il 27 marzo 2008 e di impegnarsi a rispettarlo e a farlo rispettare;

b) di delegare:

il Presidente/Direttore della AO/ASL/IZS _____

cui la presente è diretta per conoscenza, a far praticare dall'Ufficio Personale, fin dal prossimo mese, la ritenuta sindacale su 12 mensilità con indicata la **causale e il periodo di riferimento** come sotto indicato:

Veterinario Dirigente (ex I livello dir.): € 24,63

Veterinario Direttore di struttura complessa (ex II liv. dir.): € 29,86

da versare mensilmente mediante bonifico sul

C/C BancoPosta IBAN IT 45 C 07601 03200 000092010644 intestato a FVM – VETERINARI

Medico Dirigente (ex I e II livello dir.): € 18,00

da versare mensilmente mediante bonifico su

C/C Unicredit IBAN IT 13 O 03002 41160 000021025899 intestato a FVM - MEDICI

Il sottoscritto prende atto che l'importo dei contributi potrà subire aggiornamenti che saranno comunicati all'Amministrazione da FVM

TALE DELEGA ANNULLA LA PRECEDENTE RILASCIATA ALLA O.S.

IL RICHIEDENTE DOTT. _____

Firma _____

Il sottoscritto autorizza il trattamento dei dati personali ai sensi e per gli effetti del D. Lgs. 196/2003 e successive modifiche, in tema di tutela della privacy

Data _____

Firma _____