

Sezione FARMACISTI

Al Direttore Generale _____

e p.c. Al Segretario Aziendale FVM - ASL/AO _____

Al Presidente FVM - Via Nizza, 11 - 00198 - ROMA

Il sottoscritto dott.

C.F. nato a il

Residente a Prov CAP.....

Via n.....

Tel. Cell..... email

Dipendente della ASL/AO/IZS di Regione

con incarico dirigenziale di Area/Dip.....

dichiara:

- di conoscere e rispettare lo Statuto della **Federazione Veterinari e Medici - in acronimo FVM** - pubblicato sul sito: www.federazioneveterinariemedici.it ;
- di aderire ad **FVM**, Codice Fiscale 97503820587, iscrivendosi nella **Sezione Farmacisti.**;
- **di delegare la rappresentanza sindacale ad FVM;**
- di delegare l'Amministrazione in indirizzo a far praticare dall'Ufficio Personale, dal prossimo mese e fino ad eventuale revoca, la trattenuta della quota di iscrizione mensile – per 12 mensilità annue - con indicata in busta paga la causale relativa all'iscrizione a FVM e il periodo di riferimento, come sotto indicato:

- Farmacista Dirigente € 25.00 mensili
 Farmacista Dirigente Struttura Complessa € 35.00 mensili
- Ospedali Territorio Altro



Da accreditare sul conto bancario BANCA ETICA intestato a FEDERAZIONE VETERINARI E MEDICI - FVM FARMACISTI identificato con IT 88 J 0501803200000000250207

data _____

FIRMA _____

Dichiara di aver dato il proprio consenso al trattamento dei dati personali presa visione dell'informativa D.LGS. 196/2003 relativa alla TUTELA DEI DATI PERSONALI pubblicata, a corollario dello Statuto FVM, sul sito ufficiale www.federazioneveterinariemedici.it

Firma _____