



**Sindacato Nazionale Autonomo Medici Italiani**  
**Sez. Provinciale di Brescia**

**MODULO DI ISCRIZIONE ALLO SNAMI**

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Medico di Medicina Generale	Ricercatore universitario
Medico di Continuità Assistenziale	Funzionario A.T.S.
Pediatra di base	Medico Fiscale
Ospedaliero	Pensionato
Libero Professionista	
Medico di Medicina specialistica convenzionata	
Altro:	

A.T.S. di appartenenza \_\_\_\_\_

A.S.S.T. di appartenenza \_\_\_\_\_

**ADERISCE ALLO SNAMI**

(SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO MEDICI ITALIANI)

SEZIONE DI BRESCIA

e **DELEGA** a tempo indeterminato l'A.T.S. o l'A.S.S.T. di appartenenza a trattenere la quota stabilita dalla tesoreria, oppure verserà personalmente alla tesoreria, qualora sia libero professionista, con decorrenza dalla data di adesione.

NB.: Nel caso di dimissioni avvisare la segreteria provinciale SNAMI

lì

Firma \_\_\_\_\_

\* Segnare la voce che interessa, compilare, firmare e spedire a:

**SNAMI Via Foppa 3 - 25122 - Brescia** (Tel. e fax 03046464 \* E-mail: [segreteria@snamibs.org](mailto:segreteria@snamibs.org))

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per gli usi consentiti dalla legge in base alla norma 675/96 e successive modifiche.

Firma \_\_\_\_\_