

## MODULO DI ISCRIZIONE AL SINDACATO UMI (UNIONE MEDICI ITALIANI)

ALLA SEGRETERIA NAZIONALE U.M.I. (Unione Medici Italiani) - via Montello 38 - 25128 BRESCIA  
- Tel: 030-3702607 - FAX: 030-3702607 - e.mail: info@unionemedici.it

Sito internet: [www.unionemedici.it](http://www.unionemedici.it)

Il Sottoscritto Dott. ....

Domiciliato a .....via ..... N°.....

Dichiara di iscriversi all'Associazione U.M.I.

Settore professionale:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medico di Medicina Generale                 | <input type="checkbox"/> Dipendente Ospedaliero |
| <input type="checkbox"/> Dipendente Azienda Sanitaria                | <input type="checkbox"/> Libero Professionista  |
| <input type="checkbox"/> Medico Servizio di Continuità Assistenziale | <input type="checkbox"/> Medico del lavoro      |
| <input type="checkbox"/> Medico Universitario                        | <input type="checkbox"/> Studente di Medicina   |
| <input type="checkbox"/> Medicina dei Servizi                        | <input type="checkbox"/> Medico Pensionato      |
| <input type="checkbox"/> Socio Sostenitore                           | <input type="checkbox"/> Altro                  |

Autorizza la trattenuta della quota di iscrizione, secondo le modalità previste da contratti o convenzioni, attraverso le Amministrazioni Aziendali o tramite riscossione diretta

La delega è permanente salvo la mia personale disdetta.

Data .....

Firma .....

*Si prega di compilare il modulo per l'utilizzo dei dati personali, per la legge sulla privacy, posto sul retro.*

*Si fa presente che la mancata compilazione o la non accettazione delle proposte comporta l'impossibilità da parte dell' UMI di inviare circolari o qualsiasi altro materiale di interesse sindacale, non essendo possibile archiviare i dati personali.*

