



S.I.Ve.M.P.

Sindacato Italiano Veterinari Medicina Pubblica
Coordinamento Nazionale Veterinari Convenzionati e Precari
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 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 contratto di prestazione professionale atipico o precario valido sino al con l’Azienda sanitaria locale in indirizzo in forza di un contratto sottoscritto in data.....,

CHIEDE di essere iscritto al SIVeMP – Coordinamento Convenzionati

DICHIARA

- di essere a conoscenza degli Statuti SIVeMP e di impegnarsi a rispettarli e a farli rispettare.
- di impegnarsi a versare tramite bonifico bancario sul C/C Banco Posta, IBAN IT 22 N 07601 03200 000065943003 intestato a SIVeMP - Via Nizza 11 - 00198 Roma, una **quota annua di € 100,00**

L’iscrizione comporta l’iscrizione gratuita alla Società Italiana di Medicina Veterinaria Preventiva (SIMeVeP) salvo espressa rinuncia comunicata nel termine di 1 mese dall’iscrizione stessa

Tale delega annulla la precedente rilasciata alla O.S.
....., li

IL RICHIEDENTE

dott.

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 _____