

Allegato 2

La Segreteria dell'Associazione consegnerà questo modulo all'Uff. Risorse Umane ASL di IMOLA una sola volta all'anno, come da accordi precedenti fra la Direzione Generale AUSL e il Presidente

ALLEGATO 2 (scrivere leggibile) accettato anche in formato Pdf

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

Nato/a a **Prov.**.....**il.**.....

Residente a..... **Prov.**..... **CAP**.....**Via**

Tel. Casa..... **Tel. Studio**.....

Email _____@_____

CF..... **PI**

Svolgono la seguente professione sanitaria presso questa AUSL:

Nella qualità di

- Medico di MG Convenzionato SSN (MMG) / Continuità Assistenziale (CA)**
- Pediatra di Libera Scelta Convenzionato SSN**
- Spec. convenzionato –tipo SUMAI**

D E L E G A

L'ASL di competenza ad effettuare la trattenuta della quota associativa annuale di appartenenza all'Associazione "Professione Medica e Sanità" del Comprensorio Imolese in un'unica soluzione, entro il mese di Febbraio di ogni anno.

**L'ammontare della quota sarà stabilita annualmente dal Direttivo dell'Associazione.
L'ASL deve accreditare tale somma sul**

**c/c N° 22345/35 della Banca di Imola di Via Appia 21 Imola, intestata all'associazione
N° IBAN IT88 B 05080 21000 CC 000 0022345)**

Data **FIRMA leggibile**