

(Timbro del
centro
richiedente)

DOMANDA DI AMMISSIONE

Denominazione della Struttura Sanitaria: _____

Tipo di Struttura:* _____ Tipo di Società: _____

P. IVA _____ Codice Fiscale _____

Sede Amministrativa

Indirizzo _____ n. _____

Cap _____ Località _____ Prov. _____

Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____

Sede operativa

Indirizzo _____ n. _____

Cap _____ Località _____ Prov. _____

Tel. _____ / _____ Fax _____ / _____

e-mail

In caso di più Sedi operative, indicare il numero: _____ Ubicate in Provincia di: _____

Direttore Sanitario: _____

Qualifica Direttore Sanitario: _____

Legale Rappresentante: _____

Qualifica Legale Rappresentante: _____

Responsabile Contabilità: _____

Azienda USL di appartenenza: _____ Distretto: _____

N° dipendenti operanti nella Struttura Sanitaria: _____ N° collaboratori e/o consulenti: _____

Tipo di contratto di lavoro applicato: _____

Eventuale iscrizione ad altre Associazioni di categoria: _____

- indicare se trattasi di Laboratorio, Poliambulatorio, ecc...

ATTIVITA' SVOLTA	CONVENZIONATA ACCREDITATA	NON CONVENZIONATA NON ACCREDITATA
LABORATORIO		
RADIOIMMUNOLOGIA		
DIAGNOSTICA PER IMMAGINI: MEDICINA NUCLEARE		
RADIOLOGIA		
ECOTOMOGRAFIA		
R.M.N.		
FISIOCHINESITERAPIA		
MEDICINA DEL LAVORO		
MEDICINA DELLO SPORT		
IGIENE AMBIENTALE		
CHECK-UP		
DAY HOSPITAL		
DAY SURGERY		
ALTRE ATTIVITA' CONVENZIONATE – ACCREDITATE		
ALTRE ATTIVITA' NON CONVENZIONATE – NON ACCREDITATE		

Il sottoscritto, dopo aver preso visione dello Statuto, del Regolamento Nazionale e Regionale, si impegna:

- alla scrupolosa osservanza delle norme statutarie;
- a conformarsi a tutte le delibere, decisioni, direttive e convenzioni adottate o stipulate dagli organi dell'Associazione;
- a non compiere atti incompatibili con l'appartenenza all'Associazione;
- a non stipulare contratti collettivi aziendali di lavoro, sia normativi che economici, in deroga o in contrasto con i contratti agli accordi collettivi conclusi a livello nazionale;

CHIEDE

di essere iscritto all'Associazione.

Firma _____

Firme dei Soci che presentano:

Data _____

La presente domanda, compilata e sottoscritta, va consegnata o inviata a:

ANISAP Regionale Emilia Romagna – Via Irnerio 12/2 – 40126 Bologna

Tel. e Fax 051/250051