



ASSOCIAZIONE DI CATEGORIA DEI LABORATORISTI DELLA REGIONE SARDEGNA

PERSONA FISICA oppure LEGALE RAPPRESENTANTE DELLA SOCIETA'.

Cognome _____ Nome _____ Nato/a _____ il _____

Cittadinanza _____ Domiciliato a _____

Attività svolta o carica sociale _____

[Dati della Società]

Denominazione e tipo di società _____

Sede legale _____ P.IVA _____

Nominativo del Legale Rappresentante _____

Branca di appartenenza:

[Laboratorio Analisi; Cardiologia;
Radiologia Etc. Etc.] : _____

ASL/USL _____ Distretto/Zona _____

◆DATI PER LA CORRISPONDENZA◆

Persona che gestirà i rapporti sindacali con FederLab Sardegna _____

Indirizzo Postale completo [Via, n° civico, C.A.P. e Città]

Via _____ n° _____ C.A.P. _____ Città _____

☎ Telefono _____ ☎ Fax diretto _____

@E-Mail _____

Servizio SMS n° di cellulare da attivare _____

CHIEDE

di aderire alla **FederLab Sardegna**

Luogo e data _____

Timbro e Firma _____