

Il sottoscritto

Dott./ Prof. _____

Nato a: _____ il: _____ domiciliato a: _____

Via: _____ n.: _____ CAP: _____ Prov. _____

Tel. ab. _____ Tel. osp. _____ Cell. _____

Fax: _____ E-mail _____

Codice Fiscale: _____

Qualifica:

- Dirigente di struttura complessa Dirigente di struttura semplice
 Dirigente non di struttura Laurea

A R E A A. I. P a. C.

Settore:

- Microbiologia e Virologia Patologia Clinica Altra Specialità

Delega:

la ASL / la Azienda _____ Regione: _____

Indirizzo: _____

ad effettuare la trattenuta sullo stipendio di € 20,00 al mese per 12 mensilità.

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto autorizza ai sensi della L.675/96 e sue successive modificazioni al trattamento da parte della F.A.S.S.I.D. area A.I.Pa.C. dei dati da me comunicati.

Data _____ Firma _____

La presente delega si intende rinnovata automaticamente anche con variazione della trattenuta negli anni successivi se non annullata da rinuncia scritta inviata all'amministrazione ed al sindacato.

Accredito Area AIPaC:

Banca Popolare di Sondrio – Ag. 5 Roma IBAN IT54U0569603205000006972X86

*Scheda di iscrizione da inviare in copia alla Segreteria Nazionale A.I.Pa.C.
per posta: Via Prospero Alpino, 69 – 00154 Roma
per e-mail: aipac.it@tin.it – jessicarusso.aipac@gmail.com*