

**SCHEMA ISCRIZIONE UNIVERSITARI
AIPaC**

Il sottoscritto Dott. Prof. _____

Nato a: _____ il: _____ domiciliato a: _____

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

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

Fax: _____ E-mail _____

Codice Fiscale: _____

Settore: Microbiologia e Virologia Patologia Clinica

Delega:

La Amministrazione _____ Regione: _____

Indirizzo: _____

ad effettuare la trattenuta sullo stipendio di 20 EURO 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 dell' A.I.Pa.C. dei dati da me comunicati.

Data _____ Firma _____

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

**Accredito Area AIPaC:
IBAN: IT54U0569603205000006972X86 – Banca Popolare Di Sondrio Ag. 5 Roma**

**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**