FASSID
Federazione Aipac Aupi Simet Sinafo Snr Dirigenti

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. Pa. 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 rinunzia scritta inviata all'amministrazione ed al sindacato.

A c c r e d i t o A r e a A I P a C :

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: jessicarusso.aipac@gmail.com – pec: aipac@legalmail.it
www.aipac.info C.F.: 02180010585