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