

F . A . S . S . I . D .

Federazione AIPaC – AUPI – SIMeT – SINAFO – SNR – Dirigenti

Il/La sottoscritto/a Dott / Prof. _____
Nome _____ Cognome _____

Nato/a a: _____ il: _____ domiciliato/a a: _____

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

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

Fax: _____ E-mail: _____

Qualifica:

Direttore di struttura complessa Dirigente non di struttura Art. 110 DPR 270/87

A R E A S . N . R .

Settore:

Radiodiagnostica Radioterapia Medicina Nucleare Neuroradiologia Dirigenti non medici

Delega la ASL / la Azienda _____

Regione: _____ Indirizzo: _____

ad effettuare la trattenuta sullo stipendio di 18 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 della F.A.S.S.I.D. area SNR 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 rinuncia scritta inviata all'amministrazione ed al sindacato.

**Accredito Area SNR : INTESA SANPAOLO – AG. 04 Via Firenze 10 – 00184 Roma
c/c n. 100000003625 intestato al Sindacato Nazionale Area Radiologica (S.N.R.)
Codice A.B.I. 03069 - Codice C.A.B. 03203 Codice CIN T
IBAN: IT58 T030 6903 2031 0000 0003 625
BIC BCITITMM**

*Scheda di iscrizione da inviare alla Segreteria Nazionale SNR - Via Farini 62 - 00185 Roma
e-mail: snr@raggix.it - fax: 064822609 che provvederà ad inoltrarla alla Amministrazione di competenza.*