

# CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)



**CISL MEDICI  
AREA AUPI**  
ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale  
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. \_\_\_\_\_)  
dell'Ente: \_\_\_\_\_

Alla Segr. CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE CISL MEDICI AREA AUPI e delega alla  
riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_

*Convenzionato ACN 17/12/2015 per n° \_\_\_\_\_ ore/sett  
**Dichiaro di essere titolare per complessive n° \_\_\_\_\_  
ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:***

\_\_\_\_\_

Servizio o Presidio \_\_\_\_\_

Tel. Servizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato CISL MEDICI AREA AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_  
dell'anno \_\_\_\_\_;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza CISL MEDICI AREA AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Al Servizio Economico-Finanziario  
Modalità di riscossione dei contributi sindacali  
CISL MEDICI AREA AUPI  
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statutari comuniciamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento su c.c.p. n° 72492028  
o Bonifico postale con cod. IBAN:  
IT68M0760103200000072492028  
intestato a CISL MEDICI AREA AUPI - Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

**per i Convenzionati (quota fissa):**

€ **7.75 mensili per incarichi da 1 a 12 ore settimanali.**  
€ **11.35 mensili per incarichi da 13 a 24 ore settimanali.**  
€ **13.95 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.**

In caso di incarichi presso più Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla. Va sempre evitato il versamento tramite banca, che non consente queste registrazioni essenziali.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere  
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:  
CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA  
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**