

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 31/03/2020 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 comunichiamo 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 Conto Corrente Bancario:

Banca Monte Paschi di Siena Ag. 1

IBAN: IT3460103003201000001871231

intestato a CISL MEDICI AREA AUPI

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

per i Convenzionati (quota fissa):

€ **13.00 mensili per incarichi da 1 a 24 ore settimanali.**

€ **19.90 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.

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
mail: info@aupi.it**