

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

Federazione AIPaC - AUPI - SIMeT - SINAFO - SNR - Dirigenti

## DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

### AREA A U P I

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

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

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

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

dipendente con la qualifica di:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Psicologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Fisico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Biologo   | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Chimico   |   |

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

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

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. 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 F.A.S.S.I.D. 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**  
**F.A.S.S.I.D. 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 statuari 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 c.c.p. n° 72492028**  
**o Bonifico postale con cod. IBAN:**  
**IT68M0760103200000072492028**

**intestato a**

**AUPI**  
**Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

**per i dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.**

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città 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:**

**AUPI**  
**via Arenula 16**  
**00186 ROMA**  
**fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**  
**mail: [aupi.it@aupi.it](mailto:aupi.it@aupi.it)**