

F . A . S . S . I . D .
Federazione AIPaC – AUPI – SIMeT – SINAFO – SNR – Dirigenti

[Da compilare in stampatello]

Il/La sottoscritto/a Dott./Prof. _____
Nome _____ Cognome _____
Nato/a a: _____ il: _____ Cod. Fiscale: _____
Domiciliato/a in Via: _____ Civico n.: _____
Cap: _____ Città: _____ Provincia: _____
Tel. ab. _____ Tel. osp. _____ Cell. _____
E-mail _____ Pec. _____

Qualifica:

- ☐ Direttore di struttura complessa ☐ Dirigente non di struttura ☐ Specialista Ambulatoriale
☐ Dirigente non medico (Fisica Sanitaria) ☐ Specializzando assunto

area S.N.R.

Settore:

- ☐ Radiodiagnostica ☐ Radioterapia ☐ Medicina Nucleare ☐ Neuroradiologia ☐ Fisica Sanitaria

Delega:

la ASL/Azienda _____

Presidio Ospedaliero _____

Indirizzo: _____ Regione: _____

ad effettuare la trattenuta sullo stipendio di **20 EURO al mese per 12 mensilità.**

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Il sottoscritto autorizza ai sensi dell'art. 13 del Regolamento europeo (UE) 2016/679 - GDPR 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 S.N.R. :

SINDACATO NAZIONALE AREA RADIOLOGICA - S.N.R.

Intesa San Paolo S.p.a.

IBAN: IT82O0306909606100000114915

BCITITMM

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