



ASSOCIAZIONE AVVOCATURA DEGLI OPERATORI SANITARI E SOCIO-SANITARI

ASSOCIAZIONE A.A.D.O.S.S.

C.F. 97761890587

Via Gesualdo Bufalino n. 12, scala C, int. 3 - 00139 Roma

tel. 06.97274485

cell. 3389763702

Alla cortese attenzione dell'UFFICIO TRATTAMENTO ECONOMICO - STIPENDI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C.F. \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

tel./cell. \_\_\_\_\_ email (non inserire l'email aziendale)

nome azienda \_\_\_\_\_

indirizzo azienda Via \_\_\_\_\_

n. \_\_\_\_\_ città \_\_\_\_\_ (Pr. \_\_\_\_\_) C.A.P. \_\_\_\_\_

con la presente iscrizione all'AADOSS, autorizza l'amministrazione destinataria ad operare, *cessio crediti*, la trattenuta **mensile** di **quindici (15) euro** dalla busta paga sul seguente conto IBAN del Banco BPM intestato all'AADI:

**IT14M0503403268000000023095**

L'iscrizione sarà operativa dalla prima trattenuta in busta paga.

La delega è permanente salvo personale disdetta scritta e si chiede che venga trasmessa, in caso di mobilità, alla nuova azienda di assegnazione.

Preso atto del G.D.P.R. n. 679/2016, il/la sottoscritto/a autorizza l'Associazione A.D.I. e il datore di lavoro a trattare i propri dati personali per le finalità di cui alla presente iscrizione.

Dichiaro altresì di aver preso conoscenza dello Statuto pubblicato nel sito [www.aadi.it](http://www.aadi.it) e di accettarlo e rispettarlo e di aver aderito alle delibere e regolamenti pubblicati.

Con la presente chiedo di cancellarmi con effetto immediato dall'Organizzazione Sindacale di seguito indicata (**solo per chi volesse cancellarsi da altro sindacato**):

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_