

Modulo Iscrizione Mensile
Ufficio Trattamento Economico

Il/Lasottoscrittore _____ CF _____

Qualifica _____ Matricola _____ nata/o il _____

A _____ Prov. _____ Residente in _____

Via/Piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

Tel/Cell _____ email _____

Azienda _____

Indirizzo Azienda Via/Piazza _____

n. _____ Città _____ Prov. _____ C.A.P. _____

Con la presente iscrizione all' A.P.I.L. "Associazione Professionale Infermieristica Legale", il sottoscritto/a autorizza l'amministrazione destinataria ad operare **la trattenuta mensile pari allo 0,80% della retribuzione mensile lorda**, per 12 mensilità, calcolata sulla somma delle seguenti voci della busta paga:

- **Stipendio tabellare;**
- **Indennità di specificità infermieristica;**
- **Indennità tutela malato e promozione della salute** sul seguente conto del Bancoposta intestato a: "Associazione Professionale Infermieristica Legale" IBAN:

IT19R0760116400001048871105

CON LA PRESENTE REVOCA LA PRECEDENTE ISCRIZIONE AD ALTRA ORGANIZZAZIONE DI SEGUITO DESCRITTA:

La delega è permanente salvo personale disdetta scritta da parte del sottoscrittore del presente modulo e si chiede che venga trasmessa, in caso di mobilità, alla nuova azienda di assegnazione. Preso atto del GDPR N. 679/2016, il/la sottoscritto/a autorizza l'Associazione A.P.I.L. 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 sul sito www.inflegale.it di accettarlo e rispettarlo e di aver aderito alle relative delibere e regolamenti.

Data _____

Firma _____