

ATTO DI DELEGA

Il/La sottoscritt _____, medico convenzionato con l'Azienda U.S.L. di Latina, avendo avanzato richiesta di finanziamento da estinguersi tramite delegazione di pagamento alla Società _____

AUTORIZZA IRREVOCABILMENTE L'AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE LATINA

a trattenere sulle proprie competenze mensili la rata pari ad € _____ per un importo totale di € _____ come indicato nel contratto di finanziamento n° _____ sottoscritto ;n data _____ conferendole sin d'ora delegazione - ai sensi degli artt. 1269 c.c. e 1723 co. 2 c.c. - a versare le suddette rate sul c/c bancario, ovvero sul c/c postale indicato nell'atto sottoposto al benestare dell'Amministrazione stessa.

Latina, lì _____

(firma del delegante)

(estremi del documento di riconoscimento)

(per autentica firma)

firma dell'Amministrazione

per accettazione del mandato irrevocabile conferito dal dipendente

IL DIRETTORE DELL'U.O.C.
STATO GIURIDICO STATO ECONOMICO
(Dr. Giovanni Bernardi)

Spett.le AZIENDA U.S.L. LATINA
U.O.S. GESTIONE CONTRATTI PERSONALE A CONVENZIONE
Centro Direzionale Commerciale "LatinaFiori" - Palazzina G2
Viale Pier Luigi Nervi s.n.c.

04100 - LATINA

(data) ____/____/____

* Oggetto: TRATTENUTE SULLE COMPETENZE AI FINI DEL PAGAMENTO DI RATEI RELATIVI A PRESTITI
E MUTUI

Il/La sottoscritt_ Dott. _____ nat_ a _____
il ____/____/____ - cod. reg. le: _____ - cod.f.le: _____ -
residente in _____ Via _____

AUTORIZZA

codesta Azienda U.S.L. ad effettuare trattenute sulle proprie competenze mensili per l'importo mensile di € _____ sino alla concorrenza complessiva di € _____.
Le suddette quote mensili dovranno essere detratte dall'importo netto risultante sulle competenze mensili dopo le eventuali trattenute di spettanza della AUSL e dopo l'applicazione delle ritenute previdenziali e fiscali.

Il/La sottoscritt_ solleva la AUSL, la Regione Lazio e Laziomatica SPA gestore del Sistema Informativo della Medicina di Base da responsabilità relative al mancato versamento alla società finanziaria sotto indicata nel caso di mancanza della copertura delle quote da detrarre ed alla cessazione del rapporto con la AUSL.

In fede

DICHIARAZIONE DELLA SOCIETÀ FINANZIARIA

La società _____, preso atto di quanto sopra, dichiara di non aver nulla a pretendere dalla AUSL, dalla Regione Lazio e dalla Società gestore del Sistema Informativo della AUSL, nel caso in cui per mancanza di copertura non venissero pagate le quote mensili e al termine del rapporto di lavoro tra la ASL ed il medico.

Estremi per il versamento della quota attraverso Bonifico bancario con causale quota mensile mutuo: _____

Conto n. _____ - Agenzia _____

ABI: _____ - CAB: _____ - CIN: _____

Firma

Per accettazione da parte della AUSL

Firma
