

SPETT.LE ASL FROSINONE
Via A.Fabi snc
03100 Frosinone

Oggetto : Istanza di delegazione di pagamento per contratto di finanziamento

Il sottoscritto/a (dipendente delegante):

_____ (nome) _____ (cognome)
Nato/a a _____ provincia _____ il _____
Codice Fiscale _____ Matricola _____
Residente a _____ Prov. _____
In ia/piazza _____ N. _____
Posta elettronica _____

premessò che

- ha chiesto un finanziamento a _____
- ha preso visione della convenzione stipulata in materia di contratti di finanziamento tra Codesta ASL di Frosinone e il predetto Istituto delegatario ed accetta integralmente le condizioni in essa stabilite.

CHIEDE

di avvalersi della delegazione di pagamento per quanto concerne il rimborso del finanziamento appresso specificato e, per l'effetto :

autorizza

la propria amministrazione e con essa l'ufficio che gestisce la propria posizione stipendiale a:

1. trattenere irrevocabilmente dalle competenze mensili spettanti l'importo di €

alle condizioni che seguono:

2. effettuare le trattenute nella misura suesposta, anche qualora le proprie spettanze fossero temporaneamente ridotte per qualsiasi ragione, a condizione che sia garantita la conservazione della metà dello stipendio al netto delle ritenute fiscali e previdenziali;
3. riprendere ad effettuare le trattenute, in caso di loro sospensione per la temporanea riduzione delle proprie spettanze, all'atto di ripristino delle spettanze stesse.

Data _____

Firma _____