

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 \_\_\_\_\_