

C. R. A. L. “ LA SCALA “ - Operatori della Sanità di Siena

Sede: Viale Bracci n .16 – Policlinico Santa Maria alle Scotte - 53100 Siena
Tel/Fax: 0577 331018 Tel. int. 0577 58 6222 P.I. 00269940524

Al Direttore del Personale
dell’Azienda USL 7 di Siena

SEDE

Il / La sottoscritt _____
Matricola n. _____
residente a _____
in Via _____
dipendente dell’Azienda USL 7 di Siena – Zona _____

DELEGA

fino a revoca della presente, codesta amministrazione a ritenere dal proprio stipendio mensile la quota associativa a favore del C.R.A.L. “LA SCALA” – Operatori della Sanità di Siena.

In fede
