

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 Ospedaliera Universitaria Senese

SEDE

Il / La sottoscritt _____

Matricola n. _____

residente a _____

in Via _____

dipendente dell’Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena,

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
