



C. R. A. L. “ LA SCALA ”

Circolo Ricreativo Operatori della Sanità di Siena

**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
