



mutua basis assistance

SOC. GEN. DI MUTUO SOCCORSO MUTUA BASIS ASSISTANCE

Sede: Via di Santa Cornelia, 9 CAP 00060 – Formello (RM)

Tel. 06/61569774 mail: info@mbamutua.org

C.F. 97496810687

www.mbamutua.org

Associata ANSI

Allegato G

A _____

_____ (1)

Oggetto: istanza di delegazione di pagamento per contributi a favore di ONLUS ed enti mutualistici.

Il/La sottoscritto/a _____
(nome) (cognome)

nato/a a _____

provincia di _____ () il _____

codice fiscale _____ partita stipendiale o matricola n. _____

residente a _____

provincia di _____ () cap _____

in via/piazza _____ n. _____

telefono _____ fax _____

posta elettronica _____ @ _____

premessò che

intende assumere l'obbligo di elargire un contributo in denaro a favore dell'Ente - di seguito Ente delegatario - che ha compilato e sottoscritto la parte riservata della presente istanza,

chiede

di avvalersi della delegazione di pagamento per quanto concerne il versamento del predetto contributo volontario all'Ente delegatario e, per l'effetto,

autorizza

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

⇒ trattenere per un periodo di _____ cent o venti ⁽²⁾ mesi, salvo facoltà di revoca, dalle competenze spettanti l'importo mensile di euro _____ ⁽³⁾,

⇒ 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 di ritenute fiscali e previdenziali, in godimento prima della riduzione per la delegazione, escludendo comunque dal calcolo il trattamento di famiglia;

⇒ riprendere ad effettuare le trattenute, in caso di loro sospensione per la temporanea riduzione delle proprie spettanze, all'atto del ripristino delle spettanze stesse;

⇒ versare quanto trattenuto in esecuzione della delegazione sul conto corrente bancario/postale intestato all'Ente delegatario ed avente le seguenti coordinate

IBAN

I	T	7	2	V	0	3	3	5	9	0	1	6	0	0	1	0	0	0	0	0	0	6	3	4	3	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

ovvero su altro conto dell'Ente delegatario, dietro formale richiesta dello stesso.

PARTE RISERVATA ALL'ENTE DELEGATARIO

Oggetto dell'obbligo assunto di elargire un predeterminato contributo periodico:

- versamento contributo volontario a favore di ONLUS;
- versamento quota associativa o contributo a favore di Ente mutualistico;
- aggiornamento contributo volontario a favore di ONLUS;
- aggiornamento quota associativa o contributo a favore di Ente mutualistico;

Scadenza ovvero durata

Ammontare versamento volontario mensile

euro euro
(in cifre) (in lettere)

,
(luogo) (data)



Infine, l'istante

si impegna

a comunicare all'Ente delegatario, ogni suo trasferimento, con facoltà di conferire analogo mandato per la prosecuzione dell'obbligo assunto di elargire il predetto contributo.

(firma)

Allegati⁽⁴⁾:

- 1) Fotocopia Documento d'Identità;
- 2) _____
- 3) _____

Ricevuta dalla
Amministrazione di appartenenza

AUTENTICA DI FIRMA

Il presente atto è stato sottoscritto in mia presenza dalla persona istante, identificata a mezzo

(5)

(luogo) (data)

IL FUNZIONARIO (6)



In alternativa alla autentica di firma del funzionario⁽⁷⁾

DICITURA DA RIPORTARE SULLA FOTOCOPIA DEL DOCUMENTO D'IDENTITÀ:
Copia inerente a contribuzioni a favore dell'Ente Mutualistico "Società Generale di Mutuo Soccorso Basis Assistance".
Luogo, data e Firma del dipendente.



mutua basis assistance

SOC. GEN. DI MUTUO SOCCORSO MUTUA BASIS ASSISTANCE
Sede: Via di Santa Cornelia, 9 CAP 00060 – Formello (RM)
Tel. 06/61569774 mail: info@mbamutua.org
C.F. 97496810687
www.mbamutua.org

Associata **ANSI**

Istruzioni per la compilazione

Il modello va compilato a stampa o in stampatello, in ogni sua parte, senza cancellazioni o abrasioni, se del caso barrando i campi non utilizzati ed emesso in due copie, delle quali una timbrata per ricevuta dalla Amministrazione di appartenenza: Ufficio del Personale o RTS.

La data, nei campi ove è richiesta, va inserita nel formato giorno/mese/anno (gg/mm/aaaa).

Note:

- (1) Amministrazione di appartenenza, che dovrà trasmettere l'istanza all'ufficio ordinatore del pagamento dello stipendio. Per le Amministrazioni dello Stato che si avvalgono del sistema NoiPa, detto ufficio si individua, di norma, come appresso specificato:
 - Ufficio del personale, per i dipendenti delle Amministrazioni centrali;
 - competente Ragioneria Territoriale dello Stato-RTS, per i dipendenti degli uffici periferici.
- (2) La durata della delegazione deve essere compresa tra dodici e centoventi mensilità.
- (3) L'importo della trattenuta non può essere inferiore a cinque euro mensili.
- (4) Descrivere sinteticamente i documenti allegati, specificando se in originale, copia libera o copia autenticata.
- (5) Tipo ed estremi del documento di riconoscimento ovvero, ricorrendone i presupposti, indicare "*conoscenza personale*".
- (6) Specificare nome, cognome e qualifica, anche a mezzo stampigliatura o timbro, del funzionario che ha proceduto all'autentica della firma.
- (7) Ovvero: Copia fotostatica del documento di identità, con la sottoscrizione in originale del dipendente, riportante la dicitura: *Copia inerente a contribuzioni a favore dell'Ente Mutualistico "Società di Mutuo Soccorso Basis Assistance"*, luogo, data e firma del dipendente.