

## ISTRUZIONI PER L'ISCRIZIONE ALL'AUPI in Emilia-Romagna:

Scegliere il modulo che fa al caso proprio, stamparlo, riempirlo e seguire le istruzioni (pag. 2 "dipendenti" per i dipendenti SSN e AIOP; pag. 3 "convenzionati" per i professionisti ambulatoriali SSN con contratto ACN; pag. 4 "psicologi" per tutti gli altri psicologi).

Se dipendente o professionista ambulatoriale: portarlo all'Ufficio Stipendi (UO Risorse Umane o UO Convenzioni Ambulatoriali) e farsene rilasciare copia protocollata o con timbro di ricezione a data; conservarla per sicurezza e farmene pervenire copia (protocollata o timbrata), dopo avermi avvertito telefonicamente o via email. Qualora uno decida di iscriversi nell'ultima parte dell'anno, per favore termini l'operazione entro la fine di dicembre, in modo da far pesare la propria iscrizione nell'anno successivo con la rilevazione annuale, che viene effettuata in dicembre, altrimenti la sua delega verrà ignorata dall'azienda per un anno.

Se libero professionista, studente, pensionato o altro, effettuare il versamento e farmene pervenire copia, insieme al modulo riempito (pag. 4 del PDF). L'associazione, anche ai fini assicurativi, scade il 31.12 di ogni anno e andrà rinnovata con nuovo versamento dopo tale data, mandandomi copia del solo versamento.

In tutti i casi, contrariamente a quanto indicato nei moduli, sarò io a provvedere all'inoltro della comunicazione a Roma; solo in questo modo sarà assicurata la regolare registrazione dell'iscrizione, la conseguente validità assicurativa e regolare spedizione del Notiziario e del semestrale scientifico Link, e l'inserimento nelle mailing list regionali di tutti gli iscritti se mi sarà stato comunicato un recapito elettronico.

Benvenuta/o nella più antica, estesa e diffusa associazione professionale di psicologi!

Bruno Taddei

3207967524

[info@aupi-er.it](mailto:info@aupi-er.it)

# F.A.S.S.I.D.

Federazione AIPaC - AUPI - SIMeT - SINAFO - SNR - Dirigenti

## DIPENDENTI / AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)

### AREA A U P I

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale  
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL. n. \_\_\_\_\_)  
dell'Ente: \_\_\_\_\_

Alla Segr. Iscritti F.A.S.S.I.D. Area AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE F.A.S.S.I.D. Area AUPI e delega alla riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_

dipendente con la qualifica di:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Dirigente Psicologo | <input type="checkbox"/> Dirigente Fisico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Biologo   | <input type="checkbox"/> Dirigente Medico |
| <input type="checkbox"/> Dirigente Chimico   |   |

Servizio o Presidio \_\_\_\_\_

Tel. Servizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore di F.A.S.S.I.D. Area AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_  
dell'anno \_\_\_\_\_;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza F.A.S.S.I.D. Area AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Al Servizio Economico-Finanziario**  
**Modalità di riscossione dei contributi sindacali**  
**F.A.S.S.I.D. Area AUPI**  
**per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statuari comunichiamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento su c.c.p. n° 72492028**  
**o Bonifico postale con cod. IBAN:**  
**IT68M0760103200000072492028**

**intestato a**

**AUPI**  
**Via Arenula 16 - 00186 ROMA**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

**per i dipendenti da tutte le Amministrazioni, pubbliche o private: l'uno per cento (1%) sul totale onnicomprensivo del netto variante in ciascuna busta paga mensile.**

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato il mese di competenza ed il numero degli iscritti ed i loro nominativi, distinti fra deleghe semplici e doppie deleghe; ed inoltre la città sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere inviata in copia protocollata dall'Ente ad:**

**AUPI**  
**via Arenula 16**  
**00186 ROMA**  
**fax 06/68803822 e tel. 06/6893191**  
**mail: [aupi.it@aupi.it](mailto:aupi.it@aupi.it)**

# CONVENZIONATI AZIENDE SANITARIE

(sezione da compilare a cura del nuovo iscritto:)



**CISL MEDICI  
AREA AUPI**

ASSOCIAZIONE UNITARIA PSICOLOGI ITALIANI

Al Sig. Direttore generale  
Al Serv. Economico - Finanziario (ASL n. \_\_\_\_\_)  
dell'Ente: \_\_\_\_\_

Alla Segr. CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 Roma  
(inviare una copia protocollata dall'Ente)

Oggetto: **ISCRIZIONE CISL MEDICI AREA AUPI e delega alla  
riscossione dei contributi sindacali**

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_

*Convenzionato ACN 31/03/2020 per n° \_\_\_\_\_ ore/sett  
**Dichiaro di essere titolare per complessive n° \_\_\_\_\_  
ore/settimanali presso le altre seguenti Aziende Sanitarie:***

\_\_\_\_\_

Servizio o Presidio \_\_\_\_\_

Tel. Servizio \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ai sensi delle norme vigenti autorizza l'Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del sindacato CISL MEDICI AREA AUPI per un importo percentuale e secondo le modalità a lato indicate dalla stessa Organizzazione Sindacale.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_ dichiara che la presente delega:

1 - Ha efficacia a partire dal mese di \_\_\_\_\_  
dell'anno \_\_\_\_\_;

2 - Ha validità annuale ed è tacitamente rinnovata di anno in anno.

La/il sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della Legge sulla Privacy, autorizza CISL MEDICI AREA AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini sindacali di informazione, coinvolgimento, sensibilizzazione, ma si riserva di limitare o revocare tale autorizzazione in qualsiasi momento.

Data \_\_\_\_\_

FIRMA

**Le informazioni verranno inviate al seguente indirizzo:**

Dr./ssa \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_  
Cap \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Prov. \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_  
Luogo e data di nascita \_\_\_\_\_

**Al Servizio Economico-Finanziario  
Modalità di riscossione dei contributi sindacali  
CISL MEDICI AREA AUPI  
per l'anno in corso e sino a nuovo avviso.**

Ai sensi delle vigenti disposizioni ed in seguito alle deliberazioni dei nostri organi statuari comuniciamo che i contributi sindacali dovranno essere versati contestualmente al pagamento degli stipendi mensili e, comunque, entro i primi 5 giorni del mese successivo,

**mediante versamento su Conto Corrente Bancario:**

**Banca Monte Paschi di Siena Ag. 1  
IBAN: IT3460103003201000001871231  
intestato a CISL MEDICI AREA AUPI**

Il contributo mensile è calcolato distintamente secondo le seguenti modalità:

**per i Convenzionati (quota fissa):**

€ **13.00 mensili per incarichi da 1 a 24 ore settimanali.**

€ **19.90 mensili per incarichi da 25 a 38 ore settimanali.**

In caso di incarichi presso più Aziende Sanitarie il monte ore deve essere calcolato sommando le ore complessive, la relativa trattenuta deve tuttavia essere effettuata solo dalla ASL alla quale la presente è indirizzata.

Sulla causale dei versamenti dovrà essere indicato: il mese di competenza, il numero degli iscritti ed i loro nominativi, la città e la sede dell'Amministrazione, perché la numerazione delle Aziende Sanitarie non è sufficiente ad identificarla.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti

**A cura del Collega la scheda d'iscrizione dev'essere  
inviata in copia protocollata dall'Ente ad:  
CISL MEDICI AREA AUPI via Arenula 16 - 00186 ROMA  
fax 06/68803822 e tel. 06/6893191  
mail: [aupi.it@aupi.it](mailto:aupi.it@aupi.it)**

## SCHEDA ADESIONE PSICOLOGI

Adesione polizza RC - AUPI	fino a 35 anni *	€ 28,00	<input type="checkbox"/>
Adesione polizza Spese legali	fino a 35 anni	gratuita	
Adesione polizza RC - AUPI	oltre 35 anni	€ 40,00	<input type="checkbox"/>
Adesione polizza Spese legali	oltre 35 anni	gratuita	
Pensionati		€ 40,00	<input type="checkbox"/>

\* Allegare copia di un documento di identità

Allegare copia della ricevuta del versamento sul ccp n° 72492028 o Bonifico Postale con cod. IBAN: IT68M0760103200000072492028 intestato Aupi Associazione Unitaria Psicologi Italiani, Via Arenula, 16 - 00186 Roma. Quota associativa di adesione relativa all'anno solare 2023.

**Polizza Assicurativa per la Responsabilità Civile Professionale:** copre anche la "Colpa Grave" per tutti i sinistri causati dallo Psicologo Professionista nello svolgimento della propria attività.

### **Polizza per la copertura delle spese legali.**

Tutte le informazioni sono reperibili sul sito [www.aupi.it](http://www.aupi.it)

Per l'attivazione delle polizze è necessario compilare e inviare on line la SCHEDA ANAGRAFICA direttamente dal sito [www.aupi.it](http://www.aupi.it)

A cura del/lla Collega la scheda di adesione dev'essere inviata, corredata dalla fotocopia del versamento\*, a:

**AUPI-Notizie verrà inviato al seguente indirizzo:**

\* Riportare sulla causale se si tratta di rinnovo o nuova adesione

Dr./ssa  
COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_  
VIA \_\_\_\_\_  
CAP. \_\_\_\_\_ CITTÀ \_\_\_\_\_ Pr. \_\_\_\_\_  
TEL. \_\_\_\_\_ CELL. \_\_\_\_\_  
E-MAIL \_\_\_\_\_  
LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_



**AUPI - Via Arenula, 16 - 00186 ROMA**  
**Fax 0668803822 - Tel. 066893191**  
**mail: [aupi.it@aupi.it](mailto:aupi.it@aupi.it)**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_, ai sensi della vigente legge sulla Privacy, autorizza l'AUPI al trattamento di questi dati per i legittimi fini associativi e di informazione, coinvolgimento e sensibilizzazione, riservandosi di limitare o revocare tale autorizzazione in qualunque momento.

Firma: \_\_\_\_\_