

**ALLEGATO 4: modulo autorizzazione trattenuta**

ALLA MAGNIFICA RETTRICE DELLA "SAPIENZA" UNIVERSITA' DI ROMA – Ufficio Stipendi  
 Mail: trattenute\_sanitaria.sapienza@uniroma1.it

**Oggetto: autorizzazione trattenuta premio polizza sanitaria per adesione opzioni migliorative Polizza Base e Polizza Gold**

...I... sottoscritt.....  
 nat..... a ..... il .....  
 n. Posizione (matr.).....  
 in servizio presso .....  
 qualifica .....

chiede che venga trattenuto sul proprio stipendio il premio annuo della polizza in oggetto, per l'adesione alle opzioni migliorative come di seguito specificate, pari ad un **importo totale di**

€ \_\_\_\_\_

In caso di adesione all'opzione migliorativa Gold per il SOLO sottoscritto, senza inserimento di familiari, chiede che l'importo venga trattenuto sulla retribuzione in un'unica soluzione e sul primo cedolino paga utile.

In caso di adesione alle opzioni migliorative con inserimento in copertura dei familiari, chiede che l'importo totale venga trattenuto sulla retribuzione per un numero di rate mensili pari a 10 a decorrere dal primo cedolino paga utile.

Indicare con una "X" le opzioni scelte:

**POLIZZA BASE**

	OPZIONE SCELTA	PREMIO ANNUO
	Dipendente	<b>Totalmente a carico dell'Ateneo senza oneri per il dipendente.</b>
<input type="checkbox"/>	Nucleo familiare fiscalmente a carico	€ 255,00 <b>per nucleo</b> - a prescindere dal numero dei componenti-
<input type="checkbox"/>	Familiari non fiscalmente a carico	<input type="checkbox"/> € 375, 00 <b>per n. 1 familiare non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 750, 00 <b>per n. 2 familiari non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 1.125, 00 <b>per n. 3 familiari non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 1.500, 00 <b>per n. 4 familiari non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 1.875, 00 <b>per n. 5 familiari non fiscalmente a carico</b>

## POLIZZA GOLD

	OPZIONE SCELTA	PREMIO ANNUO
<input type="checkbox"/>	Dipendente	€ 105,00
<input type="checkbox"/>	Nucleo familiare fiscalmente a carico	€ 395,00 <b>per nucleo</b> - a prescindere dal numero dei componenti-
<input type="checkbox"/>	Familiari non fiscalmente a carico	<input type="checkbox"/> € 500, 00 <b>per n. 1 familiare non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 1.000, 00 <b>per n. 2 familiari non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 1.500, 00 <b>per n. 3 familiari non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 2.000, 00 <b>per n. 4 familiari non fiscalmente a carico</b> <input type="checkbox"/> € 2.500, 00 <b>per n. 5 familiari non fiscalmente a carico</b>

Il sottoscritto, in tutti i casi di sospensione e/o interruzione del rapporto di lavoro, che non riguardi però la cessazione definitiva, autorizza, sin da ora, l'ufficio stipendi, a trattenere, sul primo cedolino paga utile antecedente al verificarsi dell'evento, l'intero importo delle rate residue della polizza.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro, il sottoscritto si impegna a comunicare la data di cessazione del rapporto al competente ufficio, di cui alla mail: [trattenute\\_sanitaria.sapienza@uniroma.it](mailto:trattenute_sanitaria.sapienza@uniroma.it) almeno **sei mesi** prima della data di pensionamento.

Il sottoscritto autorizza, sin da ora, l'ufficio Stipendi a trattenere in un'unica soluzione nell'ultima busta paga, l'importo delle rate eventualmente residue al momento della cessazione del rapporto di lavoro, per qualunque motivo intervenuto.

Il sottoscritto, laddove non sia possibile procedere alla comunicazione in tempo utile per eseguire la trattenuta, ed in ogni altro caso in cui non sia possibile procedere a tale trattenuta per assenza o incapacità della retribuzione, si impegna a versare, con bonifico bancario/postale, in un'unica soluzione, l'importo delle rate residue della polizza.

Roma li, \_\_\_\_\_

FIRMA

\_\_\_\_\_

**Si allega copia del documento di identità in corso di validità**