



**A.S.L. TO4**

Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea

Sede legale: Via Po, 11 - 10034 CHIVASSO (TO)

Tel. +39 011.9176666

Sede amministrativa: Via Aldisio, 2 - 10015 IVREA (TO)

Tel. +39 0125.4141

www.aslto4.piemonte.it

P.I./Cod. Fisc. 09736160012

**AVVISO PUBBLICO DI DISPONIBILITA' ALLA STIPULAZIONE DI CONVENZIONI FINALIZZATE ALLE DELEGHE DI PAGAMENTO DI PREMI ASSICURATIVI A NORMA DELLA CIRCOLARE 1/RGS DEL 17.01.2011 DEL MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE.**

E' emesso avviso pubblico di disponibilità alla stipulazione di convenzione finalizzata alle deleghe convenzionali di pagamento per premi assicurativi di cui al D.P.R. 180/1950 a favore dei dipendenti dell'ASL TO4.

Le deleghe di pagamento di cui sopra possono essere rilasciate dai dipendenti dell'ASL TO4 in favore di Società Assicuratrici legalmente esercenti l'attività o di istituti di previdenza costituiti tra impiegati e salariati delle PP.AA. (casce mutua, casce sovvenzioni e istituti similari) e possono riguardare esclusivamente polizze contro gli infortuni, sulla vita, sanitarie, per la copertura di rischi professionali o per la costituzione di posizioni previdenziali integrative dell'assicurazione generale obbligatoria.

Per quanto riguarda il sostenimento degli oneri da affrontare a cura della Società Assicuratrice, le modalità di trattenuta stipendiale e di pagamento, la durata della convenzione e le cause di eventuale recesso, nonché la modulistica di interesse, le norme di riferimento sono quelle individuate dal DPR 180/1950, dal DPR 895/1950 e dalla Circolare n. 1/RGS del 17 gennaio 2011 del Ministero dell'Economia e delle Finanze.

Alla luce dell'offerta di disponibilità in precedenza evidenziata, il presente avviso non presenta scadenza.

Le società di assicurazioni legalmente esercenti l'attività o gli istituti di previdenza costituiti tra impiegati e salariati delle PP.AA. (casce mutua, casce sovvenzioni e istituti similari) che intendano proporsi per il convenzionamento di interesse dovranno presentare specifica richiesta:

- 1) mediante consegna alla S.C. Amministrazione del Personale – Ufficio Stato Giuridico – Via Aldisio, 2 – Ivrea dal lunedì al venerdì dalle 9,00 alle 12,00.  
In tal caso la sottoscrizione dell'istanza può avvenire in presenza del dipendente addetto a ricevere la documentazione ovvero l'istanza debitamente firmata dall'interessato può essere presentata anche da interposta persona unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore dell'istanza.
- 2) a mezzo raccomandata con avviso di ricevimento indirizzata all'ASL TO4 – Ufficio Protocollo – Via Aldisio, 2 Ivrea.  
In tal caso l'istanza debitamente firmata dall'interessato deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.  
In tal caso l'istanza debitamente firmata dall'interessato deve essere spedita unitamente a fotocopia di un documento di identità in corso di validità del sottoscrittore.
- 3) tramite posta elettronica certificata all'indirizzo PEC dell'ASL TO4 [direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it](mailto:direzione.generale@pec.aslto4.piemonte.it).  
La validità di tale invio è subordinato all'utilizzo da parte del richiedente di casella di posta elettronica certificata. L'istanza e tutta la documentazione deve essere allegata in un unico file formato pdf comprensiva di copia di valido documento di identità in corso di validità del richiedente.

Si allega a fine esemplificativo fac-simile di richiesta

Chivasso, li 12 SET 2014



**IL DIRETTORE GENERALE**  
(dott. Flavio BORASO)

*Schema esemplificativo della domanda*

**AI DIRETTORE GENERALE  
DELL'ASL TO4  
via Po, 11**

**10034 CHIVASSO (TO)**

**OGGETTO: AVVISO PUBBLICO PER DELEGAZIONI DI PAGAMENTO DI PREMI ASSICURATIVI**

Ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 in caso di dichiarazioni non veritiere o falsità in atti

la Società \_\_\_\_\_

con sede legale in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_ n. iscrizione Camera di Commercio \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(completare con tutti i dati da cui possa evincersi il possesso dei requisiti)

nella persona del Sig. \_\_\_\_\_

in qualità di Legale Rappresentante \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di stipulare apposita convenzione con la Vs. Azienda finalizzata alle deleghe di pagamento di contratti di assicurazione ai sensi del DPR 180/1950, del DPR 895/1950 e della Circolare 1/RGS del 17 gennaio 2011.

**FIRMA**  
Legale Rappresentante

\_\_\_\_\_