CISL FPS
Funzione Pubblica
MESSINA

Delega sindacale Comparti AA.LL. e Sanità

Cognome:		Nome:				
Data di nascita		Sesso	M	F	Codice Fiscale	
Località (o Città estera) di nascita		Comune (o Stato estero) di nascita			Prov. (o EE)	
Indirizzo di residenza						
Località e/o Frazione (o città estera)		Comune (o Stato estero) di nascita			Prov. (o EE)	
Prefisso e numero telefonico			Cellulare		Indirizzo e-mail	
Stato civile		Cognome acquisito				
Titolo di studio		Qualifica		Categoria/livello		
Data assunzione		Datore di lavoro		Sede/Ufficio/Dipendenza		

Dati sulla SEDE di LAVORO

Indirizzo	Località	Comune	Prov.	Cap

Telefono lavoro			Indirizzo e-mail lavoro	

Comparto:	Full-time		Part-time	

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione di appartenenza ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile, compresa la 13° mensilità, per un importo da calcolarsi sul trattamento economico (Retribuzione Base più Indennità Integrativa Speciale più la retribuzione individuale di Anzianità nella misura dell' 080% . La relativa quota dovrà essere versata, entro 5 giorni del mese successivo cui si riferisce, presso la BANCA MONTE DEI PASCHI DI SIENA – Filiale di Messina – Via Tommaso Cannizzaro, n. 100 intestato a CISL FP MESSINA sul c/c bancario con codice IBAN :

IT 60 I 01030 16500 000000868009

Chiede

l'iscrizione alla Cisl – FP Territoriale di MESSINA Viale Europa, is. 68 n. 58 98123 . Autorizza il datore di lavoro ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta mensile a favore del sindacato Cisl FP Territoriale come sopra riportato;
Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003, consento al trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro, agli enti previdenziali, ai servizi e alle istituzioni collegate alla Cisl e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.
Il/la sottoscritto/a dichiara che la presente delega:

- *ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo a quello del rilascio;*
- *si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;*
- *potrà essere dallo stesso revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta da inviare all'Amministrazione di appartenenza ed al Sindacato Territoriale .*

L'effetto della revoca decorre dal primo giorno del mese successivo dal ricevimento della stessa.

Con la presente si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato.

……………………………………….., li ……./………/………..

Firma per esteso

…………………………………………………….