

Cognome:		Nome:																		
Data di nascita		Sesso	M	F	Codice Fiscale															
Località di nascita (o Città estera)					Comune di nascita (o Stato estero)							Prov. (o EE)								
Indirizzo di residenza																				
Località e/o Frazione (o città estera)					Comune di nascita (o Stato estero)							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 per un importo da calcolarsi sul trattamento economico in godimento nella misura e con le modalità stabilite annualmente dall'Organismo Nazionale di categoria. La relativa quota dovrà essere versata, entro il 25° giorno del mese successivo a quelli a cui si riferiscono, presso la **BANCA Del FUCINO** (ABI 3124 CAB 3210 - Via Tomacelli, n. 106 ROMA intestato a CISL FPS) sul c/c bancario con codice IBAN :

19541/2 (* 1) 19542/0 (* 2)

IT04G0312403210000000195420

Chiede

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.

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/...../.....

V.to Il Responsabile SAS

Firma per esteso

* (1) Barrare se trattasi di Ente

* (2) Barrare se trattasi di Ministero o Amministrazione