CISL FPS
Funzione Pubblica
M E S S I N A

Delega sindacale Comparto Regionali

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'Ufficio pagatore, a trattenere dalle proprie competenze mensili, ivi compresa la 13° Mensilità, la quota per contributi sindacali nella misura sotto indicata a favore del sindacato CISL FP TERRITORIALE DI MESSINA. 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

CATEGORIA " A "	☐ €. 9,00 (Mensili per 13 Mensilità)	CATEGORIA " D "	☐ €. 11,50 (Mensili per 13 Mensilità)
CATEGORIA " B "	☐ €. 9,50 (Mensili per 13 Mensilità)	DIR.te III ° FAS.	☐ €. 16,00 (Mensili per 13 Mensilità)
CATEGORIA " C "	☐ €. 11,00 (Mensili per 13 Mensilità)	DIR.te II ° FAS.	☐ €. 17,00 (Mensili per 13 Mensilità)

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 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

……………………………………………………..