CISL FP TRENTINO

DELEGA SINDACALE

Cognome:		Nome:																				
Data di nascita		Sesso	M	F	Codice Fiscale																	
Comune di nascita																						
Indirizzo di residenza																						
Località e/o Frazione					Comune																Prov. (o EE)	
Prefisso e numero telefonico					Cellulare																Indirizzo e-mail	
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 nella misura e con le modalità stabilite annualmente dall'Organismo Nazionale di Categoria e versare il relativo importo sul c/c bancario:

Unicredit Banca Sede di Trento – Via Galileo Galilei

☐ **c/c n° 000031600507**

IBAN – IT23X0200801820000031600507

Chiede

l'iscrizione alla Cisl – FP Territoriale di TRENTO

Autorizza il datore di lavoro ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta mensile a favore del sindacato Cisl FP nella misura stabilita dagli organi statutari dell'organizzazione;

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

_____