

Delega Iscrizione

Funzione Pubblica

All'Amministrazione

C.G. T. C. T
Data di nascitaProvinciaLocalitàData di nascitaProvincia
Residente inCAPProvinciaProvinciaCAP
Via
CellulareTelefonoTelefono
E-mail:
Ente di appartenenzaSede/Ufficio/DipendenzaSede/Ufficio/Dipendenza
QualificaCategoria/livelloCategoria/livello
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: IBAN-IT80U 05132 16400 70257 0053214
Chiede L'iscrizione alla Cisl-FP Territoriale di TRAPANI Autorizza il datore di lavoro ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta mensile a favore del sindacato Cisl FP Territoriale 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, consenta il 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 rinnovata tacitamente di anno in anno; portà 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
iFirma



Delega Iscrizione

Funzione Pubblica

All'Amministrazione

Qualifica	Ente di appartenenza	E-mail:	CellulareTelefonoTelefono	m Via	Residente inCAPCAPProvinciaProvincia	Data di nascitaProvinciaLocalitàProvinciaProvincia	CognomeNomeNome
Categoria/livello	Sede/Ufficio/Dipo		Telefono		Provincia	alità	Nome
	endenza				CAP	Provincia	

T. W . . 13 2 12

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione di appartenenza ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile per un importo da calcolarsi sul trattamento economico nella il relativo importo sul c/c bancario: misura e con le modalità stabilite annualmente dall'Organismo Nazionale di Categoria e versare

IBAN - IT80U 05132 16400 70257 0053214

L'iscrizione alla Cisl-FP Territoriale di TRAPANI

consenta il trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli II/la sottoscritto/a dichiara che la presente delega: necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni. agli enti previdenziali, ai servizi e alle istituzioni collegate alla Cisl e da questi trattati nella misura Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro, Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003 del sindacato Cisl FP Territoriale nella misura stabilita dagli organi statutari dell'organizzazione. Autorizza il datore di lavoro ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta mensile a favore scopi statutari

ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo a quello del rilascio;

si intende rinnovata tacitamente 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.

Con la presente si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato. L'effetto della revoca decorre dal primo giorno del mese successivo dal ricevimento della stessa.

per l'Amministrazione	li	
	lì	
	Firma	

per la CISL FP Palermo Trapani