



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 residenza												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 nella misura e con le modalità stabilite annualmente dall'Organismo Nazionale di Categoria e versare il relativo importo sul c/c bancario:

- c/c n° 19541/2 IBAN – IT04G0312403210000000195420 (se trattasi di Ministero o Agenzia Fiscale)
- c/c n° 19542/0 IBAN – IT14D0312403210000000195412 (se trattasi di Ente Pubblico non economico)
- c/c n° 100262 IBAN – IT97H0100504802000000100262 (se trattasi di Azienda sanitaria o Ente locale)

Chiede

l'iscrizione alla Cisl – FP Territoriale di Cagliari

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 statuari 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 statuari. 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

.....