



**DELEGA SINDACALE
COMPARTI
Ministeri, Agenzie Fiscali
ed Enti Pubblici non Economici**

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--|-------|---|-------------------|-------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-------------------------|--|-------------------|--|--|--|-------|--|--|--|--|--|--|--|
| Cognome | | | | | Nome | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data di nascita | | Sesso | M | F | Codice Fiscale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Località di nascita | | | | | Comune di nascita | | | | | | | | | | | | | | | | Prov. | | | | | | | |
| Indirizzo di residenza | | | | | Comune | | | | | | | | | | | | | | | | Prov. | | | | | | | |
| Telefono | | | | Cellulare | | | | | | | | | | | Fax | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo e-mail | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Stato Civile | | | | Cognome acquisito | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titolo di studio | | | | Profilo | | | | | | | | | | | | | Categoria livello | | | | | | | | | | | |
| Data di 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. **L'importo trattenuto sarà rimosso, a titolo di contributo sindacale, all'O.S.CISL-FP, quale cessione parziale del reddito retributivo del sottoscritto. La cessione parziale di cui sopra riguarda i crediti retributivi indicati a futura maturazione, salvo comunicazione del sottoscritto con formale atto di revoca.** La relativa quota dovrà essere versata, entro il 25° giorno del mese successivo a cui si riferisce, 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 IT04G031240321000000195420

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

CHIEDE

l'iscrizione alla CISL - FP Territoriale di Ragusa.
 Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi del D.Lgs. N. 196/2003, il/la sottoscritto/a **consente al trattamento** nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari, tra i quali le attività di tutela, assistenza ed erogazione dei servizi riservati agli iscritti, ed 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 rilasciata a favore di altro sindacato.

....., lì/...../.....
 v.sto Il Responsabile SAS Firma per esteso

* (1) Barrare se trattasi di Ente * (2) Barrare se trattasi di Ministero o Amministrazione

