CISL FPS
Funzione Pubblica
RAGUSA

DELEGA SINDACALE

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

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, entro 5 gg del mese successivo cui si riferisce, presso la **Banca Agricola Popolare di Ragusa - Filiale di Modica - Corso Umberto I n. 40 - 97015 Modica**, sul c/c bancario intestato a CISL FPS Ragusa - Piazza Ancione 2 - 97100 Ragusa con codice IBAN IT 43 C050 3684 480C C018 1153 194 C/C n. CC0181153194

Chiede

L'iscrizione alla Cisl - FP Territoriale di ***Ragusa***

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.

…………………………, lì ……/…../…..….

Firma per esteso

…………………………………………………..