



**DELEGA SINDACALE
COMPARTI SANITA' -
AUTONOMIE LOCALI**

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 una quota 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 giorni del mese successivo a 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 IT43C0503684480CC0181153194

C/C n. CC0181153194

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 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/...../.....

Firma per esteso

.....

