



COMPARTO FUNZIONI CENTRALI ED ENTI LOCALI

Spett.le*

Alla CONFASI Funzione Pubblica Piazza dei Prati degli Strozzi 34 00195 ROMA

Cod. SKX

Il/La sottoscritto/a: C.F.

domiciliato in Pr.

indirizzo n.

c.a.p. cell. email

Amministrazione Ufficio

Dipendente in servizio presso

con la qualifica di area posizione e c.

Città Provincia

con la presente delego l'Ente in indirizzo ad effettuare la trattenuta sulla partita di stipendio di cui è titolare, del contributo sindacale mensile, nella misura stabilita dagli organi statutari, pari allo 0,70% dello stipendio lordo per 12 mensilità.

Le somme dovranno essere accreditate, attraverso il cod. aut. **SKX** alla CONFASI Funzione Pubblica c.f. 97531800585, iban IT73K0538504001CC1600002084.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega ha efficacia a partire dal mese successivo alla data della sottoscrizione e potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta. Mi Impegno altresì ad osservare lo statuto della Conf.A.S.I.

Avendo ricevuto dal predetto sindacato l'informativa sull'utilizzazione dei suoi dati personali, ai sensi del D.l.gvo n. 196/2003 ed ai sensi e per effetto dell'art. 7 e ss. del regolamento UE 2016/679, il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dalle norme statutarie e regolamentari della CONFASI Funzione Pubblica e per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione comunicati all'Ente in indirizzo, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dall'adesione al succitato sindacato.

..... li firma

Revoca/disdetta altre OO.SS.

Il presente modulo contestualmente ha anche valore, nei confronti dell'Ente, di operare revoca o disdetta di eventuali altre deleghe di ritenuta/trattenuta sindacale ad altre Organizzazione Sindacale a carico del dipendente.

Il/La sottoscritto/a: C.F.

dichiara di non voler più aderire al sindacato a partire dal mese di

..... li firma

CONFASI Funzione Pubblica

www.confasi.it

Piazza dei Prati degli Strozzi 34 – 00195 Roma – Tel. 06.96045695 (4 linee in r.a.) – Fax: 06.96045696
C.F. 97531800585 - email: confasi@confasi.it – p.e.c. : confasi@pec.confasi.it



COMPARTO FUNZIONI CENTRALI ED ENTI LOCALI

Spett.le*

Cod. SKX

Alla CONFASI Funzione Pubblica Piazza dei Prati degli Strozzi 34 00195 ROMA

Il/La sottoscritto/a: C.F.

domiciliato in Pr.

indirizzo n.

c.a.p. cell. email

Amministrazione Ufficio

Dipendente in servizio presso

con la qualifica di area posizione e c.

Città Provincia

con la presente delego l'Ente in indirizzo ad effettuare la trattenuta sulla partita di stipendio di cui è titolare, del contributo sindacale mensile, nella misura stabilita dagli organi statuari, pari allo 0,70% dello stipendio lordo per 12 mensilità.

Le somme dovranno essere accreditate, attraverso il cod. aut. SKX alla CONFASI Funzione Pubblica c.f. 97531800585, iban IT73K0538504001CC1600002084.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega ha efficacia a partire dal mese successivo alla data della sottoscrizione e potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta. Mi Impegno altresì ad osservare lo statuto della Conf.A.S.I.

Avendo ricevuto dal predetto sindacato l'informativa sull'utilizzazione dei suoi dati personali, ai sensi del D.Lgvo n. 196/2003 ed ai sensi e per effetto dell'art. 7 e ss. del regolamento UE 2016/679, il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dalle norme statuarie e regolamentari della CONFASI Funzione Pubblica e per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione comunicati all'Ente in indirizzo, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dall'adesione al succitato sindacato.

..... li firma

Revoca/disdetta altre OO.SS.

Il presente modulo contestualmente ha anche valore, nei confronti dell'Ente, di operare revoca o disdetta di eventuali altre deleghe di ritenuta/trattenuta sindacale ad altre Organizzazione Sindacale a carico del dipendente.

Il/La sottoscritto/a: C.F.

dichiara di non voler più aderire al sindacato a partire dal mese di

..... li firma

REFERENTE

CONFASI Funzione Pubblica

www.confasi.it

Piazza dei Prati degli Strozzi 34 – 00195 Roma – Tel. 06.96045695 (4 linee in r.a.) – Fax: 06.96045696
C.F. 97531800585 - email: confasi@confasi.it – p.e.c. : confasi@pec.confasi.it