



FEDERAZIONE  
LAVORATORI PUBBLICI  
E FUNZIONI PUBBLICHE

**CSE SANITÀ – Dipartimento FLP**

sito internet: [www.cse.cc](http://www.cse.cc) – email: [csesanita@cse.cc](mailto:csesanita@cse.cc)  
tel. 06/42000358 - 06/42010899 - fax. 06/42010628

## RICHIESTA DI ADESIONE

<b>DATI PERSONALI</b>	Il/la sottoscritto/a _____ <b>codice fiscale</b> _____ nato/a a _____ (Prov. _____) il _____ residente in via/piazza _____ n. _____ Comune _____ (Prov. _____) CAP _____ email _____ cellulare _____
<b>DATI AZIENDA</b>	Ragione sociale _____ con sede in _____ prov. _____ via _____ n° _____ CAP _____ telefono _____ PEC _____
<b>LAVORO</b>	qualifica _____ livello _____ <b>C.C.N.L.</b> _____ sede di lavoro _____

**dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità** e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile nella misura dello **0,70% dell'importo dello stipendio per 12 mensilità, con decorrenza:** \_\_\_\_\_.

Gli importi trattenuti vanno accreditati mensilmente sul **c/c bancario n° 333480 – Banca CARIGE S.p.A. – Codice IBAN IT94 X061 7503 2670 0000 0333 480**, intestato a **FLP – Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche**, Via Aniense n. 14 – 00198 Roma, cod. fiscale. n. 97172020584.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta.

Avendo preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei dati personali disponibile sul sito, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della CSE Sanità e, quindi, anche per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione sindacale comunicati agli Enti interessati e all'Ente amministrante le proprie competenze, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla adesione alla CSE Sanità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

PRESENTATORE \_\_\_\_\_



Via Aniense, 14 – 00198 Roma

