



RICHIESTA DI ADESIONE

DATI PERSONALI	Il/la sottoscritto/a _____
	codice fiscale _____
	nato/a a _____ (Prov. _____) il _____
	residente in via/piazza _____ n. _____
	Comune _____ (Prov. _____) CAP _____
	email _____ cellulare _____
DATI AZIENDA	Ragione sociale _____
	con sede in _____ prov. _____
	via _____ n° _____ CAP _____
	telefono _____ PEC _____
LAVORO	qualifica _____ livello _____
	C.C.N.L. _____ 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 BPER Banca S.p.A. – Codice IBAN IT41 5053 8703 2250 0004 7489 979**, intestato a **FLP – Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche**, Via Aniene 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 _____

