FEDERAZIONE
LAVORATORI PUBBLICI
E FUNZIONI PUBBLICHE

CSE SANITÀ – Dipartimento FLP
email: csesanita@cse.cc – PEC: csesanita.flp@csepec.it
sito internet: sanita.cse.cc – tel. 06/42000358 - 06/42010899

RICHIESTA DI ADESIONE

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune _____ (Prov. _____) CAP _____

email _____

cellulare _____

dipendente del _____

sede _____ Area _____ fascia retrib. stipendiale _____

qualifica/profilo _____ tel. ufficio _____

dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze, ai sensi dell'art. 170 della L. 312/80 e dell'art. 1 del CCNQ 08/02/1996 in materia di contributi sindacali, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile pari **allo 0,70% dell'importo dello stipendio, della R.I.A. e della relativa maggiorazione, dell'indennità integrativa speciale conglobata (esclusa la 13a mensilità), con decorrenza: _____.**

Gli importi trattenuti vanno accreditati mensilmente sul **c/c bancario UNICREDIT Banca S.p.A. – Codice IBAN IT17 H020 0803 4430 0010 3726 374,** intestato a **FLP – Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche**, Via Aniene n. 14 – 00198 Roma, cod. fiscale. n. 97172020584.

Riconosce alla CSE Sanità la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura. 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 _____