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

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 dell' **1% dello stipendio per 13 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.

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 _____