



CSE SANITA'
Federazione Professioni Sanitarie, Sociali, Tecniche e Amministrative

Via Piave 61 - 00187 ROMA * tel. 06/42000358 – fax: 06/42010628
sito internet: www.cse.cc – e-mail: csesanita@cse.cc

All'Azienda

Spett.le _____

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____ CAP _____

in servizio presso l'Azienda/Ente/Amm. _____

sede _____ Qualifica _____

dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità e autorizza codesto Ufficio amministrante le proprie competenze a trattenere dalla sua retribuzione per 13 mensilità, l'importo del contributo sindacale, nella misura dell' **1%**, con decorrenza: _____.

Gli importi trattenuti vanno accreditati mensilmente sul c.c.b. Banca Carige Italia S.p.A. con **Codice IBAN IT36 M061 7503 2600 0000 0608 980**, intestato alla **F.L.P. - Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche**, Via Piave n. 61 - 00187 Roma, codice 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 ricevuto dalla CSE Sanità l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, 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 ed 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 _____



CSE SANITA'
Federazione Professioni Sanitarie, Sociali, Tecniche e Amministrative

Via Piave 61 - 00187 ROMA * tel. 06/42000358 – fax: 06/42010628
sito internet: www.cse.cc – e-mail: csesanita@cse.cc

Al Collegio Nazionale di Presidenza CSE Sanità

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Cellulare _____ email _____

in servizio presso l'Azienda/Ente/Amm. _____

sede _____ Qualifica _____

Tel. Ufficio _____ Fax _____

dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità e autorizza codesto Ufficio amministrante le proprie competenze a trattenere dalla sua retribuzione per 13 mensilità, l'importo del contributo sindacale, nella misura dell' **1%**, con decorrenza: _____.

Gli importi trattenuti vanno accreditati mensilmente sul c.c.b. Banca Carige Italia S.p.A. con **Codice IBAN IT36 M061 7503 2600 0000 0608 980**, intestato alla **F.L.P. - Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche**, Via Piave n. 61 - 00187 Roma, codice 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 ricevuto dalla CSE Sanità l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, 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 ed 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 _____