



FIALP CISAL

Federazione Italiana Autonoma dei Lavoratori Pubblici e Privati

Via Barberini, 36 00187 Roma Tel. 06/90236810 – fax 06/90236855.

Sito: www.fialp.it – e-mail: info@fialp.it

DELEGA DI ADESIONE

Alla FIALP CISAL

Coordinamento sindacale aziendale _____

Al Dirigente della struttura (*) _____

__l__ sottoscritt _____, nat ____
a _____ il ____/____/____ assunto il
____/____/____, matricola _____, in forza presso la struttura di
_____, con la posizione _____
profilo _____ titolo di studio _____
tel. _____ indirizzo email _____

CHIEDE

di aderire alla FIALP CISAL, accettandone lo Statuto e, a tale scopo,

AUTORIZZA

l'Amministrazione in indirizzo a trattenere sulle proprie competenze l'importo mensile dovuto per contributi sindacali nella misura stabilita dagli Organi statutari.

Gli importi mensili trattenuti vanno accreditati sul c/c/b, tenuto presso UBI Banca Filiale di Roma Ag. Via Nazionale, con IBAN IT 81 W 03111 03250 000 000 001 329.

La presente delega può essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta all'Amministrazione di appartenenza ed alla FIALP CISAL.

L'effetto della revoca decorre dalla retribuzione del mese successivo alla comunicazione.

_____, li _____ firma _____

Ai sensi della L. 675/96 e successive, autorizzo espressamente la FIALP CISAL ad utilizzare i miei dati personali ai fini contabili ed organizzativi.

La FIALP CISAL si impegna a non trasferire i dati in suo possesso ad altri Enti o Associazioni.

_____, li _____ firma _____

(*) indicare l'Amministrazione e l'Unità di appartenenza)