

Al Comitato.....
.....

Il/La sottoscritto/a.....
nato/a.....
in servizio presso.....
con la qualifica.....
abitante in.....
via/P.zza.....n°.....
cap.....
tel.....
cell.....

e-mail.....,chiede di essere iscritto/a al
Sindacato FIALP CISAL CRI, accettandone lo statuto ed autorizzando a
tale scopo la ritenuta dei contributi sindacali (0,70% dello stipendio base,
anzianità, indennità integrativa, per tredici mensilità).

La presente delega può essere revocata in qualsiasi momento con
comunicazione scritta all'amministrazione ed alla FIALP CISAL CRI.
L'effetto della revoca decorre alla retribuzione del mese successivo alla
richiesta.

Ai sensi dell'art. 10 della l. 675/96, si acconsente altresì al trattamento dei
dati personali nella misura necessaria ai fini del perseguimento degli scopi
statutari e per gli scopi sindacali.

Data

.....

Firma

.....

* SI PREGA DI SCRIVERE I DATI IN STAMPATELLO.