



DELEGA SINDACALE

"

"

CODICE FISCALE			
<input type="text"/>			
COGNOME		NOME	SESSO (M o F)
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA DI NASCITA		COMUNE (o Stato estero) DI NASCITA	PROVINCIA (o EE)
GIORNO	MESE	ANNO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
LOCALITÀ (o Città estera di nascita)			
<input type="text"/>			
INDIRIZZO DI RESIDENZA			NUM. CIVICO
<input type="text"/>			<input type="text"/>
C.A.P.	CITTÀ	PROVINCIA (sigla)	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFONO	CELLULARE	INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TITOLO DI STUDIO		QUALIFICA	CATEGORIA/LIVELLO
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
DATA ASSUNZIONE		DATORE DI LAVORO	SEDE/UFFICIO/DIPENDENZA
GIORNO	MESE	ANNO	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

DATI SULLA SEDE DI LAVORO

DENOMINAZIONE	LOCALITÀ	COMUNE	PROV.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO	NUM. CIVICO	C.A.P.	TELEFONO LAVORO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
INDIRIZZO DI POSTA ELETTRONICA	COMPARTO	Full-time	Part-time
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Il sottoscritto autorizza l'Amministrazione di appartenenza ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile per un importo da calcolarsi sul trattamento economico nella misura e con le modalità stabilite annualmente dall'Organismo Nazionale di Categoria e versare il relativo importo sul c/c bancario:

c/c n° _____

IBAN _____

Chiede

l'iscrizione alla **Cisl – FP Territoriale/Regionale** di

Autorizza il datore di lavoro ad effettuare sulla propria retribuzione la trattenuta mensile a favore del sindacato Cisl FP Territoriale nella misura stabilita dagli organi statutari dell'organizzazione.

Il/la sottoscritto/a dichiara che la presente delega:

- ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo a quello del rilascio;
- si intende tacitamente rinnovata di anno in anno;
- potrà essere dallo stesso revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta da inviare all'Amministrazione di appartenenza ed al Sindacato Territoriale.

L'effetto della revoca decorre dal primo giorno del mese successivo dal ricevimento della stessa.

Luogo e data

Firma per esteso