



DELEGA SINDACALE

CISL Funzione Pubblica

CODICE FISCALE			
<input type="text"/>			
NOME	COGNOME	SESSO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
DATA DI NASCITA	COMUNE/STATO ESTERO DI NASCITA	PROVINCIA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
LOCALITÀ DI NASCITA			
<input type="text"/>			
INDIRIZZO DI RESIDENZA		CAP	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
LOCALITÀ	COMUNE/STATO ESTERO	PROVINCIA	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
TELEFONO	CELLULARE	EMAIL	
<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 DI ASSUNZIONE	AMMINISTRAZIONE/ENTE/AZIENDA DI LAVORO	CCNL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

DATI SULLA SEDE DI LAVORO

LOCALITÀ	COMUNE	PROVINCIA
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
COMPARTO	EMAIL DI LAVORO	ORARIO DI LAVORO
<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°

17260

IBAN

IT81X050340174100000017260

Chiede

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

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/Regionale.

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

LUOGO E DATA

.....

Firma per esteso

.....