



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
<input type="text"/>		<input type="text"/>
CATEGORIA/LIVELLO		
<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° _____

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

.....