



CSE SANITA'
Federazione Professioni Sanitarie, Sociali, Tecniche e Amministrative

Via Piave 61 - 00187 ROMA * tel. 06/42000358 – fax: 06/42010628
sito internet: www.cse.cc – e-mail: cse@cse.cc

All'Amministrazione

Spett.le _____

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____ CAP _____

in servizio presso l'Azienda/Ente/Amm. _____

sede _____ Comparto _____

Qualifica _____

dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze, ai sensi dell'art. 170 della L. 312/80 e dell'art.1 del CCNQ 08/02/1996 in materia di contributi sindacali, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile pari **allo 0,70% dell'importo dello stipendio, della R.I.A. e della relativa maggiorazione, dell'indennità integrativa speciale conglobata, (esclusa la 13ma mensilità). e con decorrenza:**

_____.

Riconosce alla CSE Sanità la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura. Il sottoscritto dichiara che la presente delega potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta.

Gli importi mensili trattenuti vanno accreditati sul c.c.b. con **Codice IBAN IT61 N034 3103 2000 0000 0608 980 – BIC CARIITGG490**, intestato alla **F.L.P. - Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche**, Via Piave n. 61 - 00187 Roma, codice fiscale n° 97172020584.

Avendo ricevuto dalla CSE Sanità l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della CSE Sanità e, quindi, anche per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione sindacale comunicati agli Enti interessati ed all'Ente amministrante le proprie competenze, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla adesione alla CSE Sanità.



Data _____ Firma _____



CSE SANITA'
Federazione Professioni Sanitarie, Sociali, Tecniche e Amministrative

Via Piave 61 - 00187 ROMA * tel. 06/42000358 – fax: 06/42010628
sito internet: www.cse.cc – e-mail: cse@cse.cc

Al Collegio Nazionale di Presidenza CSE Sanità

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ il _____

residente a _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Cellulare _____ email _____

in servizio presso l'Azienda/Ente/Amm. _____

sede _____ Comparto _____

Qualifica _____ Tel. Ufficio _____

Fax _____

dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze, ai sensi dell'art. 170 della L. 312/80 e dell'art.1 del CCNQ 08/02/1996 in materia di contributi sindacali, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile pari **allo 0,70% dell'importo dello stipendio, della R.I.A. e della relativa maggiorazione, dell'indennità integrativa speciale conglobata, (esclusa la 13ma mensilità). e con decorrenza:**

_____.

Riconosce alla CSE Sanità la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura. Il sottoscritto dichiara che la presente delega potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta.

Gli importi mensili trattenuti vanno accreditati sul c.c.b. con **Codice IBAN IT61 N034 3103 2000 0000 0608 980 – BIC CARIITGG490**, intestato alla **F.L.P. - Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche**, Via Piave n. 61 - 00187 Roma, codice fiscale n° 97172020584.

Avendo ricevuto dalla CSE Sanità l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della CSE Sanità e, quindi, anche per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione sindacale comunicati agli Enti interessati ed all'Ente amministrante le proprie competenze, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla adesione alla CSE Sanità.



Data _____ Firma _____

PRESENTATORE _____