



All'Ufficio del Personale

Azienda.....

Il sottoscritto

nata/o a il / /

residente in via n°

Città Prov. (___) CAP _____

tel. cell.

Email:

Codice Fiscale

qualifica matricola

in servizio presso

Assunto a Tempo **Indeterminato** Assunto a Tempo **Determinato** **Disoccupato**

si iscrive

al CGS - DIPARTIMENTO SANITA' con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione di 9 euro al mese **per 12 mensilità** e che dovrà essere canalizzata al seguente conto corrente bancario IBAN IT90 R063 7014 0020 0001 0007 037 intestato a Dipartimento Sanità.

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra azienda.

Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (_____)

data ___ / ___ / ___ in fede _____

Ai sensi del D.lg. 196/03, art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi.

data ___ / ___ / ___ in fede _____