

FILT - CGIL

SETTORE AUTOFERROTRANVIERI



Monza e Brianza

Via Premuda, 17 - 20052 Monza
Tel. 0392731206 - Fax 039748520
email: filbrianza@cgil.lombardia.it
www.cgilbrianza.it

Spett.le Direzione _____

IO SOTTOSCRITTO _____ AUTORIZZO
L'AZIENDA IN INDIRIZZO A TRATTENERE DALLA MIA RETRIBUZIONE ALLA FINE DI CIASCUN
MESE A PARTIRE DAL _____ E FINO A CONTRARIE COMUNICAZIONI, I
CONTRIBUTI SINDACALI NELLA MISURA PIU' SOTTO INDICATA, CONTRIBUTI CHE ENTRO IL
10 DEL MESE SUCCESSIVO VORRETE VERSARE PER MIO CONTO ALLA:

FILT - CGIL BRIANZA PRESSO LA BANCA NAZIONALE DEL LAVORO 20052 MONZA

(CODICE IBAN IT 54 O 01005 20400 00000020040).

SEGNALANDO CONTESTUALMENTE AL VERSAMENTO IL MIO NOMINATIVO AL SOPRAINDI-
CATO BENEFICIARIO. I CONTRIBUTI SONO FISSATI (SINO A NUOVE ISTRUZIONI CHE VI PER-
VERRANNO DIRETTAMENTE DALLA FEDERAZIONE) NELLA MISURA DELLO **0,65% DELLA**
RETRIBUZIONE. IL VOSTRO MANDATO SI INTENDE ESAURITO CON IL VERSAMENTO DEI
CONTRIBUTI AL BENEFICIARIO DI CUI SOPRA, RESTANDO VOI IN OGNI CASO SOLLEVATI DA
QUALSIASI RESPONSABILITA' (DI NATURA GIURIDICA, FISCALE ED ALTRA) CONNESSA
ALL'UTILIZZO DELL'IMPORTO VERSATO. L'EVENTUALE REVOCA DELLA PRESENTE DELEGA
SARA' DA ME EFFETTUATA PER ISCRITTO ED INVIATA ESCLUSIVAMENTE AL BENEFICIA-
RIO, IL QUALE VE NE DARA' COMUNICAZIONE, ED AVRA' EFFETTO A PARTIRE DAL GEN-
NAIO DELL'ANNO SUCCESSIVO A QUELLO IN CUI VI PERVERRA'.

Il/la sottoscritto/a esprime il con-
senso ex art 11-20 e 22 Legge
675/96 al trattamento dei propri
dati personali - come individuato
dall'art.1, secondo comma, lettera
b, e fermo il rispetto dell'art. 8
Legge 300/70 -necessario per
l'adempimento degli obblighi atti-
nenti alla trattenuta della quota
sindacale, al versamento al sinda-
cato indicato, nonché alla loro
comunicazione, nei limiti delle
leggi vigenti, anche allo scopo di
fruire di altri diritti sindacali quali i
permessi retribuiti e non retribuiti
e di fruire di aspettative totali o
parziali, in relazione a cariche
sindacali eventualmente ricoper-
te.

Data _____

Firma _____

Data _____ Firma _____

DATI ANAGRAFICI LAVORATORE

COGNOME _____ NOME _____

NATO A _____ IL _____ RESIDENTE A _____

_____ IN VIA _____ CITTA' _____

C.A.P. _____ PROV. (____) C.F. _____ RECAPITO

TELEFONICO _____ NAZIONALITA' _____

DATI RELATIVI ALL'AZIENDA

DENOMINAZIONE _____ UNITA' LOCALE _____

SITA IN VIA _____ CITTA' _____ CAP _____

PROVINCIA (____) TEL. _____ FAX. _____