

FILT - CGIL



Monza e Brianza

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

SETTORE MERCI

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 DELL' **1% DELLA PAGA
BASE ED INDENNITA' DI CONTINGENZA (PER 14 MENSILITA' ANNUALI)**. IL VOSTRO MANDA-
TO SI INTENDE ESAURITO CON IL VERSAMENTO DEI CONTRIBUTI AL BENEFICIARIO DI CUI
SOPRA, RESTANDO VOI IN OGNI CASO SOLLEVATI DA QUALSIASI RESPONSABILITA' (DI NA-
TURA GIURIDICA, FISCALE ED ALTRA) CONNESSA ALL'UTILIZZO DELL'IMPORTO VERSATO.
L'EVENTUALE REVOCA DELLA PRESENTE DELEGA SARA' DA ME EFFETTUATA PER ISCRIT-
TO ED INVIATA ESCLUSIVAMENTE AL BENEFICIARIO, IL QUALE VE NE DARA' COMUNICA-
ZIONE, ED AVRA' EFFETTO A PARTIRE DAL GENNAIO 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. _____