Spett.le _____

_____

A CONFINTESA
segreteria@confintesa.it

Applicazione GDPR – Regolamento UE 2016/679 – General Data Protection Regulation

Il/La sottoscritto/a _____ ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri "dati particolari" ("già dati sensibili"), ai sensi del GDPR-Regolamento UE 20/16679, consente - sia all'Amministrazione che all'Organizzazione Sindacale alla quale fa riferimento il presente modulo di adesione - il loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionale e/o statutari.

Data ____/____/_____ Firma _____

Adesione Confintesa LAVORATORI DELLA CONOSCENZA
È obbligatorio compilare **tutti** i campi sottostanti

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____/_____/_____

a_____ Prov. _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

Residente in Via/Piazza_____ n. _____

Città_____Prov._____CAP_____

dipendente in servizio presso _____

sede di lavoro (provincia/comune) _____

E-mail_____Cellulare_____

con la presente delega l'Ente in indirizzo ad effettuare la trattenuta sulla partita di stipendio di cui è titolare, del contributo sindacale mensile, nella misura corrispondente allo 0,70% (zero, settanta) % calcolato per 12 (dodici) mensilità e sulla retribuzione tabellare mensile ricorrente.
Le somme dovranno essere accreditate, attraverso il **cod. aut. SHP** sul conto corrente Banco Popolare IBAN-**IT48T0503403255000000005304** intestato a intestato Confederazione Intesa per l'Autonomia Sindacale (CONFINTESA - C.F. 97323750584).
Il sottoscritto dichiara che la presente delega ha efficacia a partire dal mese successivo alla data della firma e potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta.
Mi impegno altresì ad osservare lo statuto della Federazione **Confintesa Lavoratori della Conoscenza.**

Data ____/____/_____ Firma _____

Revoca / disdetta altre OO.SS.
Il presente modulo contestualmente ha anche valore, nei confronti dell'azienda, di operare revoca o disdetta di eventuali altre deleghe di ritenuta/trattenuta sindacale ad altre Organizzazioni Sindacali e a carico del Lavoratore.

Il/La sottoscritto/a _____C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiara di non voler più aderire al sindacato_____ a partire dal mese di_____

Data ____/____/_____ Firma _____