



All'Azienda Sanitaria

Il / La sottoscritto/a, residente in

CAP....., Via, Tel/cell

con la qualifica di, categoria, matricola n°

sede lavorativa di, autorizza codesta Azienda Sanitaria ad effettuare sulla propria retribuzione, una trattenuta mensile a favore del Sindacato F.I.A.L.S. sul trattamento economico in godimento alla data in cui ha efficacia la presente delega e nella misura fissata dalla stessa O.S. interessata.

Il/La sottoscritto/a dichiara che la presente delega:

- 1 ha efficacia a partire dal mese di anno
- 2 potrà essere dallo/a stesso/a revocata con comunicazione scritta da inviare a codesta Amministrazione e alla F.I.A.L.S., in qualsiasi momento ed ha validità dal 1° giorno del mese successivo alla comunicazione.

Il/La sottoscritto/a invita, inoltre, codesta Azienda Sanitaria affinché gli importi trattenuti siano versati, alla F.I.A.L.S., entro i 5 giorni successivi alla data di corresponsione della retribuzione mensile.

Infine, ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi e per gli effetti del d.l.vo 196/03, consente al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consente, anche, che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dal d.l.vo e dai contratti di lavoro.

.....
firma leggibile

All'Azienda Sanitaria

All'Organizzazione Sindacale

Oggetto: revoca adesione sindacale.

Il/La sottoscritto/a, matricola n°

con la qualifica di, categoria, con la presente invita codesta

Azienda Sanitaria a non operare alcuna ritenuta a favore della O.S. a partire dal

mese di..... avendo, dalla data odierna, revocato la propria adesione.

.....
firma leggibile