

Alla Azienda Sanitaria

Il/La sottoscritto/a _____, matricola n° _____
inquadrate/a nel profilo professionale di _____, categ. _____,
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

**Alla
Azienda Sanitaria**

Alla Organizzazione Sindacale

Oggetto: revoca adesione sindacale

Il/La sottoscritto/a _____, matricola n° _____
Profilo professionale di _____, categ. _____, 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