



Federazione Italiana Autonomie Locali e Sanità- Segreteria Provinciale Roma 00144 V.le Dell'Arte, 85

Spett.le Amministrazione

Il/La sottoscritto/a _____ matr. _____,

inquadrate/a nel profilo professionale di _____ ctg. _____,
delega codesta Amministrazione ad effettuare, **ove occorra anche ai sensi dell'art. 1260 c.c.**, sulla propria retribuzione,
una trattenuta mensile a favore del Sindacato F.I.A.L.S. per un importo nella misura fissata dalla O.S. interessata.

Il/La sottoscritto/a dichiara che la presente delega ha efficacia a partire da _____.

Il/La sottoscritto/a invita inoltre codesta Amministrazione, affinché gli importi mensilmente trattenuti, siano versati entro 5
giorni dal mese successivo cui si riferiscono alla F.I.A.L.S., con le modalità dalla stessa indicate.

Il/La sottoscritto/a, ricevuta l'informativa sul trattamento dei dati personali ed informato/a altresì sui propri diritti, ai sensi del D.lgs.
n.196/2003 così come integrato con le modifiche introdotte dal D.lgs. 101/2018 recante disposizione di adeguamento alla normativa
Europea Regolamento UE 679/2016 8GDPR, autorizza il trattamento dei dati forniti sul presente modulo nella misura necessaria al
perseguimento degli scopi statutari. Consente altresì che i dati riguardanti l'iscrizione Sindacale siano comunicati al datore di lavoro o
erogatore del trattamento economico e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dai
contratti di lavoro.

Data _____

Firma _____

Il/La sottoscritto/a autorizza espressamente la F.I.A.L.S. (Federazione Italiana Autonomie Locali Sanità) ad inviare comunicazioni
necessarie ai fini dello svolgimento dell'attività sindacale del perseguimento degli scopi statutari ai seguenti recapiti:

E-mail _____ PEC _____

Telefono SMS _____ Telefono messaggistica istantanea (Whatsapp) _____

Data _____

Firma _____

Spett.le Amministrazione

Spett.le Organizzazione Sindacale

OGGETTO: revoca di adesione sindacale.

Il/La sottoscritto/a _____ matricola n° _____ inquadrate/a nel
profilo professionale di _____ ctg. _____ con la presente invita codesta
Amministrazione a non operare alcuna ritenuta a favore del Sindacato _____ a partire dal
_____ avendo, dalla data odierna, revocato la propria adesione.

Data _____

Firma _____