



**CGS**  
CONFEDERAZIONE GENERALE SINDACALE

## DIPARTIMENTO SANITA'

Via Belisario, 6 – 00187 Roma  
Tel . 0644202738 – fax. 0692913943

### All'Ufficio del Personale

**Azienda**.....

Il sottoscritto .....

nata/o a ..... il .... / ..... / .....

residente in via ..... n° .....

Città ..... Prov. ( ) CAP \_ \_ \_ \_

tel. .... cell. ....

Email: .....

Codice Fiscale 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

qualifica ..... matricola .....

in servizio presso .....

☐ Assunto a Tempo **Indeterminato** ☐ Assunto a Tempo **Determinato** ☐ **Disoccupato**

### si iscrive

al CGS - DIPARTIMENTO SANITA' con decorrenza immediata ed autorizza codesta Amministrazione ad effettuare la trattenuta sulla propria retribuzione di **euro 11,00 x 12 mensilità** e che dovrà essere canalizzata al seguente conto corrente bancario :

|                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>IBAN IT90 R063 7014 0020 0001 0007 037 intestato a Dipartimento Sanità.</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------|

La delega è permanente, salvo personale disdetta scritta. Ai fini associativi la presente delega ha valore su tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra azienda.

***Con la presente, inoltre, si intende esplicitamente revocata ogni eventuale precedente delega a favore di altro sindacato (\_\_\_\_\_)***

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in fede \_\_\_\_\_

Ai sensi del D.lg. 196/03, art 13 e 23, autorizzo il trattamento dei miei dati personali ai soli fini associativi.

data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ in fede \_\_\_\_\_