



**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 9 euro al mese **per 12 mensilità** e che dovrà essere canalizzata al seguente conto corrente bancario IBAN IT90 R063 7014 0020 0001 0007 037 intestato a Dipartimento Sanità.

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 \_\_\_\_\_