



Sett.le Direzione _____

Filiale di _____

(Cognome e nome)

Cod. Fisc.: Data di nascita Luogo di nascita:

Tel./Cell Domicilio: Via N Città

Data assunzione: Livello: e-mail:

Datore di lavoro: Indirizzo:

Tel.: Fax :

Autorizza codesta Direzione ad effettuare la trattenuta sindacale mensile del 1 % su PAGA BASE CONGLOBATA E CONTINGENZA per le 13/14 mensilità dell'anno previste dal CCNL da Voi applicato, a partire da oggi con tacito rinnovo fino a diversa disposizione. **Il pagamento di detta quota associativa avviene a mezzo di cessione di parte di credito retributivo ex art 1260 c.c. vantato nei confronti del datore di lavoro.**

In caso di lavoro PART TIME l'importo dovuto, seppur riproporzionato non potrà essere inferiore a € 7/ 00

Le relative quote dovranno essere versate entro il mese successivo a quello nel quale sono state trattenute, sul conto corrente banco Posta n. 001000799195, IBAN : **IT86 C076 0101 6000 0100 0799 195**, intestato CISAL SINALV, specificando il periodo a cui il versamento si riferisce, allegando l'elenco degli iscritti divisi per filiale / unità produttiva.

Ricevuta l'informativa dei miei dati personali ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, così come modificata dal D.Lgs n.196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.

Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale, siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro tale trattenuta dovrà essere operata in una unica soluzione a copertura della parte restante dell'anno. Le quote così trattenute devono essere versate all'O.S. sopra indicata. L'eventuale revoca sarà effettuata esclusivamente per iscritto ed avrà effetto a partire dal gennaio dell'anno successivo a quello in cui dovesse essere inviata.

Distinti saluti.

Firma

data _____

**SINALV
CISAL**



Sett.le Direzione _____

Filiale di _____

(Cognome e nome)

Autorizza codesta Direzione ad effettuare la trattenuta sindacale mensile del 1 % su PAGA BASE CONGLOBATA E CONTINGENZA per le 13/14 mensilità dell'anno previste dal CCNL da Voi applicato, a partire da oggi con tacito rinnovo fino a diversa disposizione. **Il pagamento di detta quota associativa avviene a mezzo cessione di parte di credito retributivo ex art 1260 c.c. vantato nei confronti del datore di lavoro.**

In caso di lavoro PART TIME l'importo dovuto, seppur riproporzionato non potrà essere inferiore a € 7/ 00

Le relative quote dovranno essere versate entro il mese successivo a quello nel quale sono state trattenute, sul conto corrente banco Posta n. 001000799195, IBAN : **IT86 C076 0101 6000 0100 0799 195**, intestato CISAL SINALV, specificando il periodo a cui il versamento si riferisce, allegando l'elenco degli iscritti divisi per filiale / unità produttiva.

Ricevuta l'informativa dei miei dati personali ai sensi dell'art. 10 della legge n. 675/96, così come modificata dal D.Lgs n.196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.

Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale, siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

In caso di risoluzione del rapporto di lavoro tale trattenuta dovrà essere operata in una unica soluzione a copertura della parte restante dell'anno.

Le quote così trattenute devono essere versate all'Organizzazione Sindacale sopra indicata. L'eventuale revoca sarà effettuata esclusivamente per iscritto ed avrà effetto a partire dal gennaio dell'anno successivo a quello in cui dovesse essere inviata.

Distinti saluti.

Firma

Data _____