

COMPARTO SANITA'
ALL'AMMINISTRAZIONE

MOD. A da consegnare

Io sottoscritt
in servizio presso con qualifica

DELEGO

ai sensi delle norme vigenti l'Ufficio Incaricato del pagamento della propria retribuzione a trattenere dalle sue competenze la quota mensile deliberata dagli organi statuari SUNAS, pari allo 0.60% dello stipendio lordo e 13° mensilità, provvedendo al versamento della medesima su **c/c bancario Banca Popolare di Ancona (Cod. IBAN IT531053080320200000011307)** intestato a **S.U.N.A.S., Via Modena 47 - 00184 ROMA Tel. 06/48.47.95 - Fax 06/48.91.61.12 - CF 96157020585 sunas.nazionale@gmail.com**

Io sottoscritt... dichiaro che la presente delega:

- ⇒ ha efficacia a partire dal
- ⇒ s'intende tacitamente rinnovata di anno in anno, salvo revoca da effettuarsi con comunicazione scritta all'Amministrazione e al SUNAS a mezzo raccomandata postale o fax.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, e ai sensi del Decreto Legislativo n° 196 del 30.6.2003, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statuari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore d lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

data Firma

MOD. A1 da inviare

Al Sindacato Unitario Nazionale Assistenti Sociali
Via Modena 47 - 00184 Roma Tel.: 06/48.47.95 - Fax: 06/48.91.61.12

Io sottoscritt nat il a
domiciliat .. in Prov. Via n°
..... CAP Tel. abit. (con prefisso)..... e-mail.....
dipendente Ente servizio
sito in Prov. ... Via n°
CAP Tel. uff. (con prefisso) Fax:

CHIEDO L'ISCRIZIONE AL SUNAS Comparto Sanità

DICHIARO di conoscere ed accettare il suo Statuto, di aver **AUTORIZZATO** l'Ufficio incaricato del pagamento della propria retribuzione ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile pari allo 0.60% dello stipendio lordo e 13° mensilità a favore del SUNAS e di **RILASCIARE** la relativa delega che ha efficacia dal

Tale iscrizione comprende l'invio del Notiziario la contestuale adesione (per l'anno in corso) a SOCIALIA Società Scientifica e di Promozione Sociale

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali, e ai sensi del Decreto Legislativo n° 196 del 30.6.2003, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statuari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore d lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

data Firma

PER RICEVUTA:

TIMBRO
dell' AMM.NE

O

PROTOCOLLO DI
RICEZIONE N°

N.B.: Tale modello non è valido senza il visto dell'Ente