

CISL SCUOLA TERRITORIALE _____
Alla D.P.T. di _____



Il sottoscritt _____

indirizzo _____ n° _____

cap _____ città _____ prov. _____

nat_ il _____ tel. _____

n° cod. fisc. _____

- T.D. T.I. DOC IRC ATA D.S.
 Materna Elementare Media Superiore

Sede di servizio _____

N. partita fissa Tesoro _____ autorizza codesto
ufficio a trattenere mensilmente, a decorrere dal 1° del mese di _____
un importo pari allo 0,50% degli assegni mensili in godimento, per quota di
associazione alla CISL SCUOLA.

_____ li _____

Firma _____

“Ricevuta l’informativa sull’utilizzazione dei miei dati personali ai sensi del 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 agli Enti previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all’adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni”.

COPIA D.P.T. Firma _____