

Alla FABI - Federazione Autonoma Bancari Italiani - Sindacato Provinciale di Como

Il/la sottoscritt _____

nat ____ a _____ il _____

dipendente della Banca/Cassa _____ Sede-Filiale _____

assunto nell'anno _____ attuale qualifica _____

chiede di essere iscritt ____ a codesto Sindacato.

Telefono casa _____

(firma)

Telefono ufficio _____

(indirizzo)

(c.a.p.)

(città)

Ricevuta l' informativa sull' utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell' art.10 della legge 675/96, 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.

(firma)

_____ li _____



Spett.le UFFICIO DEL PERSONALE

della Banca/Cassa _____ S E D E

Il/la sottoscritt _____

autorizza codesto spettabile Ufficio a trattenere dalle competenze mensili i contributi associativi sindacali da devolvere al **Sindacato Autonomo Bancari Provinciale FABI di Como**.

Con la presente, inoltre, il sottoscritto revoca qualsiasi precedente adesione e relativo ordine di trattenuta a favore di altre Organizzazioni Sindacali.

La presente autorizzazione è valida a partire dal mese in corso sino a revoca.

(firma)

Ricevuta l' informativa sull' utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell' art.10 della legge 675/96, 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.

(firma)

_____ li _____