

Unicobas Scuola&Università

federazione sindacale dei comitati di base

Segreteria Nazionale: Via Casoria, 16 – 00182 Roma Tel., segr. e fax: 06/7026630 - 7027683 - 70302626
 C.C.B. Banca CARIM IBAN n.° IT58G0628503204CC1037468007 – C.C.P. 24017006 – C.F. 96160700587
 Sede Regionale Toscana: via Pieroni 27 - 57123 - Livorno tel 0586 210116 fax 0586 219664

| | |
|-----------------------------|-------------|
| Alla Scuola/Istituto | |
| Via/P.zza _____ | Città _____ |

All'Esecutivo dell'Unicobas scuola

| | | |
|---|--|--|
| I sottoscritt | nato/a a | il |
| Qualifica: Docente <input type="checkbox"/> ATA <input type="checkbox"/> | Infanzia <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Media <input type="checkbox"/> Superiore <input type="checkbox"/> | Codice Fiscale _____ |
| Contratto a tempo: | INDETERMINATO <input type="checkbox"/> | DETERMINATO <input type="checkbox"/> (Pagato da: SCUOLA <input type="checkbox"/> TESORO <input type="checkbox"/>) |
| sede di servizio | | |
| N.° partita stipendio _____ N.° CK _____ (scrivere solo se, al momento dell'iscrizione, è disponibile il cedolino dello stipendio) | | |

autorizza, ai sensi dell'art. 50 della Legge n. 249 del 18 marzo 1968, la propria Amministrazione ad effettuare una trattenuta mensile pari allo 0.60% sullo stipendio del livello di godimento e sulla indennità integrativa speciale, al netto delle ritenute previdenziali ed assistenziali, da versarsi sul C.C.B. IBAN n.° IT58G0628503204CC1037468007 (Banca CARIM S.p.A. – Cassa di Risparmio di Rimini – Ag. N.° 103 di Via Boccea, 33 – ROMA) a favore dell'Unicobas Scuola&Università, codice SE 5.

La percentuale della trattenuta potrà essere variata con delibera degli organismi esecutivi dell'Organizzazione.

Contestualmente si revoca la delega a riscuotere, a sua volta rilasciata a favore della Organizzazione Sindacale _____ O COMUNQUE DI QUALUNQUE ALTRA ORGANIZZAZIONE SINDACALE A CUI RISULTI ATTUALMENTE ISCRITTO/A. Firma _____

La presente delega avrà valore fino ad eventuale revoca presentata da parte del/la sottoscritto/a.

Consenso al trattamento dei dati personali.

Preso atto che i dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente dal sindacato Unicobas Scuola&Università nell'ambito delle attività istituzionali, acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti della Legge sul Diritto di Privacy del 31/12/96 ed ai sensi della L. 196/2003 e successive modifiche.

Data ____/____/____

Firma _____

INDIRIZZO:

| | | |
|------------------------|-------------|---------------|
| Via/P.zza _____ | | |
| CAP _____ | Città _____ | Prov. _____ |
| Telefono / Cell. _____ | Fax _____ | E-mail: _____ |

Il modulo, debitamente riempito, va riconsegnato ai rappresentanti dell'Unicobas Scuola&Università, che provvederanno all'inoltro presso l'Amministrazione, o allo stesso fine recapitato alla sede regionale di Livorno in via Pieroni 27 - 57123 - Livorno