

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. Crédit Agricole Cariparma IBAN IT15U0623003341000035568317 – C.C.P. 24017006 – C.F. 96160700587
Sede Regionale Toscana: via Pieroni 27 – 57123 Livorno tel. 0586 210116 , mail: info@unicobaslivorno.it

Alla Scuola/Istituto		
Via/P.zza	Cap	Città

All'Esecutivo dell'Unicobas Scuola&Università

I sottoscritt	nato/a a	il
Qualifica: Docente ☐ ATA ☐	Infanzia ☐ Primaria ☐ Media ☐ Superiore ☐	Codice Fiscale _____
Contratto a tempo:	INDETERMINATO ☐	DETERMINATO ☐ (Pagato da: SCUOLA ☐ TESORO ☐)
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 IT15U0623003341000035568317 (Banca Crédit Agricole Cariparma) 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 spedito alla sede regionale di Livorno in via Pieroni 27 – 57123 - Livorno.