



ASSOMED-SIVEMP
Tel. 06424574201 Fax 0648919462
Sede legale Via Barberini, 3 – 00187 Roma
CF. 97157220589

RICHIESTA DI ADESIONE DIRIGENZA COMPARTO MINISTERI – AREA I

**SI PREGA DI COMPILARE IN STAMPATELLO
E SPEDIRE ALL'INDIRIZZO SOPRA RIPORTATO**

Amministrazione che effettua la trattenuta sindacale (indicare esatta denominazione)

Sede di assegnazione – Indirizzo di lavoro (via/piazza e n. civico)

CAP

Località

Prov.

DELEGA SINDACALE

Il sottoscritto Dott. Nome

Cognome

Codice Fiscale

Sesso

M

F

Indirizzo (via/piazza e n.civico)

Cap

Località

Prov

Nato a

il

Tel. ab.

Tel. Ente

Tel. Cell.

E-mail

Qualifica

Incarico

Dirigente medico

Dirigente Veterinario

Altri Dirigenti

Rapporto lavoro

indeterminato

determinato

altro



ASSOMED-SIVEMP
Tel. 06424574201 Fax 0648919462
Sede legale Via Barberini, 3 – 00187 Roma
CF. 97157220589

AUTORIZZA

l'amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile (esclusa la 13^a) a favore del sindacato ASSOMED-SIVEMP nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale interessata.

Il sottoscritto dichiara che la presente delega:

1. ha efficacia a partire dal primo giorno del mese successivo rispetto alla data della presente richiesta;
2. si intende automaticamente rilasciata nei confronti dell'Ente/datore di lavoro presso cui si otterrà eventuale trasferimento in futuro. **Ai presenti fini l'Ente/Datore di lavoro di provenienza si impegna a trasferire la presente delega all'Ente di destinazione con gli con gli altri documenti del fascicolo personale;**
3. può essere revocata con comunicazione all'amministrazione di appartenenza e all'organizzazione sindacale interessata. **L'effetto delle revoca decorrere dal primo giorno del mese successivo alla presentazione della stessa, ai sensi della lettera C, comma 1, dell'art. 1 del contratto quadro in materia di contributi sindacali, DPCM 30/11/1995.**

Il Sottoscritto chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati all'organizzazione sindacale alla quale è iscritto, secondo le modalità dalla stessa comunicate, nel rispetto delle normative vigenti in materia.

firma _____

data _____

Con la presente si conferisce consenso al trattamento dei dati personali ai sensi della Legge 196/03 sulla Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Si conferisce altresì autorizzazione ad inviare periodicamente informazioni sulle iniziative dell' Assomed-Sivemp

firma _____

data _____