



Applicazione GDPR – Regolamento UE 2016/679 – General Data Protection Regulation

Data / /

Firma _____

È obbligatorio compilare **tutti** i campi sottostanti

Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il ____/____/____

[illegible]

Residente in Via/Piazza n.

Città	Prov.	CAP
-------	-------	-----

dipendente in servizio presso

sede di lavoro (provincia/comune)

E-Mail _____ Cellulare _____

Con la presente Vi comunica di avere aderito al Sindacato **Confintesa Sanità**, quale quota associativa ha ceduto a Confintesa parte del suo credito retributivo vantato nei confronti della Vostra Azienda nella misura corrispondente all' 1% (uno) % calcolato per 14 (quattordici) mensilità e sulla retribuzione tabellare mensile ricorrente La trattenuta mensile è da versarsi sul conto corrente avente le seguenti coordinate bancarie e codice IBAN intestato a: "Confederazione Intesa per l'Autonomia Sindacale (CONFINTESA - C.F. 97323750584)" sul c.c. Banco Popolare Ag. 55 Roma al seguente IBAN: **IT 48 T 05034 03255 000000005304**.

Il presente modulo di adesione per la riscossione dei relativi contributi associativi dura un anno a decorrere dalla data di ricevimento della presente, sino alla minore durata in caso di anticipata cessazione del rapporto di lavoro e si intende tacitamente rinnovato in caso di mancanza di disdetta scritta ed è valevole come cessione del credito. Ogni e qualsiasi pagamento in relazione e limitatamente ai precedenti crediti è per Voi liberatorio e dovrà esclusivamente essere effettuato a favore di Confintesa, quale unico acquirente e titolare dei crediti medesimi. La presente modificazione viene effettuata dallo/a scrivente, tanto ai sensi dell'art 1260 c.c. quanto ai sensi del vigente CCNL. Mi impegno altresì ad osservare lo statuto della Federazione **Confintesa Sanità**.

Data / /

Firma _____

Revoca / disdetta altre OO.SS.

Il presente modulo contestualmente ha anche valore, nei confronti dell'azienda, di operare revoca o disdetta di eventuali altre deleghe di ritenuta/trattenuta sindacale ad altre Organizzazioni Sindacali e a carico del Lavoratore.

[illegible]

dichiara di non voler più aderire al sindacato a partire dal mese di

Data / /

Firma _____



Benefit di benvenuto (una sola scelta opzionale) *

- ☐ Polizza famiglia
- ☐ Polizza sanitaria
- ☐ Corsi di formazione (selezionare un'opzione)
 - ☐ Spagnolo
 - ☐ Inglese
 - ☐ Diritto Civile
 - ☐ Procedura Civile
 - ☐ Diritto Costituzionale
 - ☐ Diritto Amministrativo
 - ☐ Diritto Penale
 - ☐ Informatica
- ☐ Buoni acquisto
- ☐ Non interessato/a

* I benefit verranno erogati a seguito della ricezione della busta paga con evidenza della prima trattenuta sindacale, da inviare a segreteria@confintesa.it. Vi invitiamo ad oscurare i dati sensibili, nel rispetto della normativa sulla privacy.

Data ____/____/____

Firma _____



SCARICA LA TESSERA DIGITALE DI CONFINTESA SANITÀ

1. **Inquadra** con la tua fotocamera o con un lettore QRcode, l'immagine qui a fianco
2. **Compila** il FORM e clicca su "Registra Tessera"
3. **Scarica** la tessera digitale sul tuo wallet cliccando su "Aggiungi a Pass2U Wallet" per gli Smartphone Android, o clicca su "Aggiungi a Apple Wallet" per gli iPhone