Spett.le_____

_____

A CONFINTESA
segreteria@confintesa.it

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

Il/La sottoscritto/a _____ ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri "dati particolari" ("già dati sensibili"), ai sensi del GDPR-Regolamento UE 20/16679, consente - sia all'Amministrazione che all'Organizzazione Sindacale alla quale fa riferimento il presente modulo di adesione - il loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi istituzionale e/o statutari.

Data ____/____/_____ Firma _____

Adesione Confintesa SANITÀ
È obbligatorio compilare **tutti** i campi sottostanti
Il/La sottoscritto/a _____ nato/a il _____/_____/_____

a_____ Prov. _____ C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

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 allo 0,70% calcolato per 12 (dodici) 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 è 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.

Il/La sottoscritto/a _____C.F. | | | | | | | | | | | | | | | | |

dichiara di non voler più aderire al sindacato_____ a partire dal mese di_____

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