



Spett. le .....

Via ..... n° .....

Loc. .... CAP .....

E, p. c. alla Segreteria Generale CONFINTESA

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

La/Il sottoscritto/a ..... ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri "dati particolari" ("già dati sensibili"), ai sensi del GDPR-Regolamento UE 2016/679, 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 statuari.

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma .....

**Adesione Confintesa Sanità**

La/Il sottoscritto/a ..... nata/o il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

a ..... Prov. .... C.F. ....

Residente a ..... Prov. .... CAP ..... in Via

..... n. .... dipendente in servizio

presso - ..... matricola n. ....

comparto/sede/stabilimento ..... mansione .....

Con la presente Vi comunica di avere aderito al Sindacato **Confintesa Sanità**, quale quota associativa ha ceduto alla Confintesa parte del suo credito retributivo vantato nei confronti della Vostra Azienda nella misura corrispondente al 0,70% calcolato per 12 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 00000005304.

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. La presente adesione ha efficacia a partire dal mese successivo alla data della sottoscrizione e potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta ed è valevole come cessione del credito. Resta quindi convenuto che viene a cessare qualsiasi diritto del/della sottoscritto/a della presente in relazione ai suddetti crediti, come innanzi individuati e specificati. Ogni e qualsiasi pagamento in relazione e limitatamente ai precedenti crediti è per Voi liberatorio e dovrà esclusivamente essere effettuato a favore della 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.

La/Il sottoscritto/a ..... C.F. ....

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

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma .....

**Sede Operativa 90141 - Palermo – Via De Spuches, 24 - Tel. 091.7840542 - Fax 091.7840553  
Sede di Rappresentanza Corso Vittorio Emanuele, 326 – 00186 Roma**

**Email - [segreteria.generale@confintesasanita.it](mailto:segreteria.generale@confintesasanita.it) – pec [sanita@pec.confintesa.it](mailto:sanita@pec.confintesa.it)**

**[www.confintesasanita.it](http://www.confintesasanita.it)**