



Delega a favore della  
Federazione  
Lavoratori della  
Conoscenza CGIL

- Alla Direzione Provinciale del Tesoro di \_\_\_\_\_  
 Alla Scuola non statale, Ente, Società, Amministrazione, Università

il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

C. F.

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_

livello \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

Indirizzo luogo di lavoro \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Partita Spesa Fissa  (se delega inviata al Tesoro)

**AUTORIZZA**

a trattenere mensilmente sulla propria retribuzione, a decorrere dal mese di \_\_\_\_\_, la quota sindacale a favore della Federazione Lavoratori della Conoscenza CGIL, nella misura stabilita dal competente organo statutario,

- la Direzione Provinciale del Tesoro mediante accreditamento sul C.C.B. 1986609, Monte dei Paschi di Siena, Roma (IBAN IT35, CIN J, ABI 01030, CAB 03206) dello 0,50% sull'intero stipendio della propria qualifica.  
 la Scuola privata, Ente o Società di F.P. (non Tesoro) \_\_\_\_\_ con versamento sul C/C \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_, CIN \_\_\_\_\_, ABI \_\_\_\_\_, CAB \_\_\_\_\_)  
 Ente di ricerca o Università (non Tesoro) \_\_\_\_\_ con versamento sul C.C.B. 1986702, Monte dei Paschi di Siena, Roma (IBAN IT22, CIN D, ABI 01030, CAB 03206).

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Alla FLC Cgil Provinciale

Struttura di comparto:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AFAM                           | <input type="checkbox"/> Formazione professionale |
| <input type="checkbox"/> Dirigenti scolastici           | <input type="checkbox"/> Ricerca                  |
| <input type="checkbox"/> Dirigenti Ricerca e Università | <input type="checkbox"/> Scuola non statale       |
| <input type="checkbox"/> Enea                           | <input type="checkbox"/> Scuola statale           |
|   | <input type="checkbox"/> Università               |

Tipo rapporto di lavoro:

- Personale a tempo determinato  
 Personale a tempo indeterminato  
 Altro \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

risiede in via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

comune \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

telefono fisso \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_

e-mail \_\_\_\_\_

Codice fiscale

datore di lavoro \_\_\_\_\_

in servizio presso \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

città \_\_\_\_\_

qualifica \_\_\_\_\_

livello \_\_\_\_\_

materia d'insegnamento/profilo o altre informazioni professionali \_\_\_\_\_

Per i comparti pagati tramite Tesoro, numero Partita di Spesa Fissa

Per il comparto scuola, ordine di scuola \_\_\_\_\_

**Chiede l'iscrizione alla Federazione Lavoratori della Conoscenza CGIL**

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del DLgs 196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.

Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro, e/o Enti previdenziali, e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

All'iscritto/a

**INFORMATIVA  
AI SENSI DEL D.L.G.  
n° 196/2003**

La informiamo, ai sensi dell'art. 13 del D.L.G. n° 196/2003, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento nella misura necessaria per il perseguimento dei nostri scopi statutari, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata la nostra attività.

La informiamo altresì che in relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 7 del D.L.G. n° 196/2003 presso la sede CGIL della Sua città di residenza.

il lavoratore/la lavoratrice \_\_\_\_\_

**HA CHIESTO**

L'iscrizione alla Federazione Lavoratori della Conoscenza CGIL ed autorizza l'invio della delega all'amministrazione di competenza per l'attivazione della trattenuta sindacale.

In caso di revoca dell'iscrizione, il sottoscritto si impegna a darne comunicazione scritta alla amministrazione ordinatrice dei pagamenti e alla FLC CGIL.

Firma \_\_\_\_\_  
per la FLC

Data \_\_\_\_\_

