

Modello di delega sindacale

Io sottoscritt _____

Dipendente dell'Agenzia di Somministrazione _____

Presso l'azienda utilizzatrice _____

Comune di _____ Provincia di _____

- UOMO
- DONNA

Abitante in via _____ C.A.P. _____

Comune _____ Provincia _____ Telefono _____

Indirizzo e-mail _____ Codice Fiscale _____

Livello:

- A
- B
- C

Data di nascita _____ Comune di nascita _____

Anno di assunzione _____ Titolo di studio _____

Nazionalità _____

Tipo di contratto:

- Tempo indeterminato
 - Full time
 - Part time
- Tempo determinato
 - Full time
 - Part time
- Apprendistato
- MOG

In relazione a quanto previsto dal CCNL vigente, chiedo a codesta Direzione di trattenere mensilmente dalle mie competenze nette, una somma pari allo 0,80% sulla retribuzione netta, con esclusione assegni familiari e Tfr, quale mia quota di associazione sindacale. L'importo della trattenuta di cui sopra dovrà essere mensilmente versato sul conto corrente segnalato dall'Organizzazione sindacale da me scelta con la firma apposta accanto alla sigla:

FeLSA CISL

(firma del lavoratore)

NIdiL CGIL

(firma del lavoratore)

UILTEMP

(firma del lavoratore)

La presente delega ha validità per tutte le missioni svolte presso la medesima impresa, salvo revoca scritta. Nel caso di revoca di questa delega le trattenute sindacali cesseranno a partire dal terzo mese successivo alla mia comunicazione. Ricevuta l'informazione sull'utilizzazione dei dati personali ai sensi del D.lgs 196/2003, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei dati personali, fermo il rispetto dell'art. 8 legge n. 300/70 – necessario per l'adempimento degli obblighi attinenti alla trattenuta della quota sindacale, al versamento al sindacato indicato, nonché alla comunicazione allo stesso in occasione della effettuazione della prima trattenuta, nei limiti delle leggi vigenti, anche allo scopo di fruire di altri diritti sindacali quali permessi retribuiti e non retribuiti e di fruire di aspettative totali o parziali, in relazione a cariche sindacali eventualmente ricoperte e per accedere a servizi di assistenza e tutela riservati agli iscritti.

DATA _____

FIRMA _____