

Io sottoscritto

NOME

COGNOME

C.F.

VIA/P.ZZA

Residente in

C.A.P.

DIPENDENTE TELEFONO

Dipendente presso:

NOME AZIENDA

INDIRIZZO AZIENDA

C.A.P

AZIENDA TEL.

È iscritto/a al **SINDACATO A.P.L.I. Via Santa Geltrude, 1 ad Olcella Di Busto Garolfo 20038 (MI) tel. 0331/568826 fax0331/561518**

Ai sensi della vigente normativa contrattuale autorizza codesta spett.le Amministrazione a trattenere mensilmente dalla propria retribuzione ed a versare sul conto intestato all'**A.P.L.I.** qui di seguito indicato

IT9700840432690000000029002

il contributo sindacale spettante nella misura e secondo le modalità stabilite dalla struttura **A.P.L.I.** per i propri iscritti. Attualmente il contributo mensile è pari all'1% della retribuzione mensile lorda calcolata su: paga base, indennità integrativa, retribuzione individuale di anzianità (parte congelata) per dodici mensilità.

Riconosce all'**A.P.L.I.** la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura.

Il presente modulo d'iscrizione e di delega per la riscossione dei relativi contributi associativi non ha scadenza.

L'eventuale disdetta deve essere inoltrata con Raccomandata A.R. alla Segreteria A.P.L.I. di Via Santa Geltrude, 1 ad Olcella di Busto Garolfo 20020 (MI) ed all'Ufficio pagatore dell'Amministrazione di competenza.

Esso ha altresì valore, nei confronti dell'Amministrazione di competenza, di disdetta di altre eventuali altre deleghe di ritenute sindacali.

Io sottoscritto, ricevuta l'informativa attinente l'utilizzo dei miei dati personali di cui al D.Lgs. 196/03, consente il loro trattamento, sia al datore di lavoro che all'Organizzazione Sindacale alla quale fa riferimento la presente delega nella misura necessaria al raggiungimento degli scopi istituzionali e/o sociali.

Data..... Firma

PARTE PER LAZIENDA



Via Santa Geltrude, 1 angolo Via dei Mille,1
Olcella di Busto Garolfo 20038 Busto Garolfo (MI)
tel. 0331/568826 fax: 0331/561118
e-mail:aplinazionale@gmail.com pec: aplinazionale@pec.it

Io sottoscritto

NOME

COGNOME

C.F.

VIA/P.ZZA

Residente in

C.A.P.

DIPENDENTE TELEFONO

Dipendente presso:

NOME AZIENDA

INDIRIZZO AZIENDA

C.A.P

AZIENDA TEL.

È iscritto/a al **SINDACATO A.P.L.I. Via Santa Geltrude, 1 ad Olcella Di Busto Garolfo 20038 (MI) tel. 0331/568826 fax0331/561518**

Ai sensi della vigente normativa contrattuale autorizza codesta spett.le Amministrazione a trattenere mensilmente dalla propria retribuzione ed a versare sul conto intestato all'**A.P.L.I.** qui di seguito indicato

IT9700840432690000000029002

il contributo sindacale spettante nella misura e secondo le modalità stabilite dalla struttura **A.P.L.I.** per i propri iscritti. Attualmente il contributo mensile è pari all'1% della retribuzione mensile lorda calcolata su: paga base, indennità integrativa, retribuzione individuale di anzianità (parte congelata) per dodici mensilità.

Riconosce all'**A.P.L.I.** la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura.

Il presente modulo d'iscrizione e di delega per la riscossione dei relativi contributi associativi non ha scadenza.

L'eventuale disdetta deve essere inoltrata con Raccomandata A.R. alla Segreteria A.P.L.I. olona di Via Santa Geltrude, 1 ad Olcella di Busto Garolfo 20020 (MI) ed all'Ufficio pagatore dell'Amministrazione di competenza.

Esso ha altresì valore, nei confronti dell'Amministrazione di competenza, di disdetta di altre eventuali altre deleghe di ritenute sindacali.

Io sottoscritto, ricevuta l'informativa attinente l'utilizzo dei miei dati personali di cui al D.Lgs. 196/03, consente il loro trattamento, sia al datore di lavoro che all'Organizzazione Sindacale alla quale fa riferimento la presente delega nella misura necessaria al raggiungimento degli scopi istituzionali e/o sociali.

Data..... Firma

PARTE PER IL SINDACATO



Via Santa Geltrude, 1 angolo Via dei Mille,1
Olcella di Busto Garolfo 20038 Busto Garolfo (MI)
tel. 0331/568826 fax: 0331/561118
e-mail:aplinazionale@gmail.com pec: aplinazionale@pec.it