Federazione Italiana Autonomie Locali e Sanità

72100 – Brindisi – Largo Angioli, 12
Tel. +390831568356 Fax +390831564124
Email:fials@fials.it
Pec email: fials@pec.fials.it
SITO: www.fials.it

Codice Fiscale – 91003540746

SPIF AR

Spett.le Amministrazione

_____

E, p.c. Alla Segreteria Nazionale FIALS _____

_____

Alla Segreteria Nazionale Spif Ar _____

_____

Il/La sottoscritto/a ……

C.F. ……..nato a …… il ……

Residente a …….. Prov …… CAP……

Via …… n……..

Tel. …… Cell…… email ……

In servizio presso …… Regione ……Professione……..

dichiara:

- di conoscere e rispettare lo Statuto della **Federazione Italiana Autonomie Locali e Sanità - in acronimo FIALS**;
- di aderire a **FIALS;**
- **di delegare la rappresentanza sindacale a FIALS;**
- di delegare l'Amministrazione in indirizzo a far praticare dall'Ufficio Personale, fin dal prossimo mese, la trattenuta della quota di iscrizione mensile – per 13 mensilità annue - con indicata in busta paga la causale relativa all'iscrizione a FIALS, e il periodo di riferimento come sotto indicato:

☐ Trattenuta sindacale € __**10,77**_____

Da accreditare sul conto corrente n. 11900 – Banco BPM spa – intestato a SPIF

IBAN IT80G0503416700000000011900

Data _____ FIRMA_____

Avendo ricevuto da FIALS l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del Regolamenti europeo (UE) 2016/679, il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto FIALS e, quindi, anche per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione sindacale comunicati agli Enti interessati e all'Ente amministrante le proprie competenze, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla adesione a FIALS.

Data _____ FIRMA_____