

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 **% 0,70**

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

IBAN IT80G050341670000000011900



Data _____

FIRMA _____

Avendo ricevuto da FIALS l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art.13 del Regolamento 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 _____