



Segreteria Nazionale Organizzativa

Via Sauro, 7 – 55409 Viareggio (LU)

Tel. 0584/944560 fax 0584/430852

www.cisalsanita-viareggio.it

e-mail cisallu@libero.it

AL DIRETTORE GENERALE
AZIENDA USL/OSPEDALIERA

Oggetto: **Iscrizione Sindacato Autonomo CISAL – SANITA’ - Area Medica**

Il/ la sottoscritta

nato/a _____ il _____

residente a _____ Via _____ n. _____

Tel _____ Qualifica _____

in servizio c/o l’U.O. _____

Con la sottoscrizione della presente delega dichiara di aderire **al Sindacato Autonomo Cisol – Sanità ed autorizza** a trattenere mensilmente a decorrere dal mese di _____ un importo pari allo 0,60% della paga base comprensiva dell’indennità integrativa (I.I.S.) più il rateo della tredicesima mensilità da versare sul **c/c bancario n. intestato a Cisol – Sanità Banca** **FILIALE di** _____
COD ABI _____ **COD CAB** _____

Della quota mensile per ogni iscritto Euro 1,30 dovranno essere versate sul c/c b n° _____ della Banca _____

Cod. ABI _____ Cod. CAB _____ intestato a Federazione Cisol - Sanità

Data _____

Firma _____

Con la presente autorizzo il **Sindacato CISAL di** _____ in applicazione della L. 675/96 all’utilizzo dei dati personali ai soli fini previsti dallo Statuto-Cisal.

Firma _____