



**Segreteria Nazionale Organizzativa**

Via Sauro, 7 – 55409 Viareggio (LU)

Tel. 0584/944560 fax 0584/430852

[www.cisalsanita-viareggio.it](http://www.cisalsanita-viareggio.it)

e-mail [cisallu@libero.it](mailto:cisallu@libero.it)

AL DIRETTORE GENERALE  
AZIENDA USL/OSPEDALIERA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

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 Cisl – 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 Cisl – 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 Cisl - 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 \_\_\_\_\_