

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Università  Statale  Privata  Tempo indeterminato  Tempo determinato

Categoria  B  C  D  EP

Pos. Economica  B1  B2  B3  B4  B5  B6  B7  C1  C2  C3  C4  C5  C6  C7  C8  D1  D2  D3  D4  D5  D6  D7  D8  EP1  EP2  EP3  EP4  EP5  EP6  EP7  EP8

Professore Ordinario  Professore Associato  Ricercatore  CEL

In servizio presso \_\_\_\_\_

Indirizzo sede \_\_\_\_\_

C.a.p. \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Telefono lavoro \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

autorizza l'Amministrazione, ai sensi della normativa vigente, a trattenere mensilmente sulla retribuzione la quota sindacale a favore di questa organizzazione sindacale, ai sensi e per gli effetti dello Statuto al momento vigente, e nella misura stabilita dai competenti organi statutari. Al momento della sottoscrizione, la trattenuta è stabilita nello 0,75% dello stipendio iniziale di ogni posizione economica (compresa l'indennità integrativa) al netto delle ritenute previdenziali e assistenziali, per dodici mensilità. Tale quota dovrà essere versata sul C/C bancario intestato alla Federazione UIL SCUOLA RUA presso BPER - Filiale di Via Veneto 108 - 00187 Roma - **IBAN IT43Q0538703225000047489993**. Il sottoscritto autorizza ogni eventuale variazione della quota mensile predetta, secondo quanto sarà stabilito dai competenti organi statutari ed in conformità della normativa vigente.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Dichiaro di aver ricevuto e letto l'informativa sul trattamento dei dati personali dell'Organizzazione Sindacale cui si conferisce la presente delega.

Autorizzo al trattamento dei miei dati personali, raccolti attraverso il presente modulo, per le finalità e secondo le modalità indicate nell'informativa sul trattamento dei dati personali dell'Organizzazione Sindacale cui si conferisce la presente delega.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Visto del referente UIL che riceve la delega

Cognome \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**EVENTUALE REVOCA AD ALTRO SINDACATO**

Il/la sottoscritto/a contestualmente, **revoca** con decorrenza immediata, ad ogni effetto di legge, la delega per il versamento dei contributi in favore dell'Organizzazione Sindacale:

\_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_