



Codice F00062

*Confisal*

**FEDERAZIONE NAZIONALE AGRICOLTURA**

Spett.le

\_\_\_\_\_  
Ragione sociale datore di lavoro

\_\_\_\_\_  
Partita Iva/Codice fiscale

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

\_\_\_\_\_  
Indirizzo sede operativa (se diversa dalla sede legale)

Il/a sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via/P.za \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

dipendente della Ditta/Società in indirizzo, con la qualifica di \_\_\_\_\_

assunto/a a tempo  indeterminato  determinato con scadenza il \_\_\_\_\_ con la presente dichiara di aderire alla F.N.A.-CONFSAL e, contestualmente

**AUTORIZZA,**

il Datore di lavoro in indirizzo, in ottemperanza alle norme legali e contrattuali vigenti, a trattenere mensilmente - a decorrere dal \_\_\_\_\_ - l' 1% sulla retribuzione fissa lorda (per tutte le mensilità previste contrattualmente) quale quota associativa. La presente è comunque da intendersi quale cedibilità del credito ai sensi e per gli effetti dell'art. 1260 e ss. cc., che dovrà essere versato sul c/c intestato a F.N.A.-CONFSAL - Sede Nazionale - presso le Poste Italiane SPA - Codice IBAN: IT08C0760103200000086253002, oppure sul c/c intestato a F.N.A. - CONFSAL presso Cariparma Credit Agricole Cod. IBAN:IT35V0623003215000043133636.

La presente autorizzazione è valida a tempo indeterminato sino a revoca e annulla e sostituisce ogni altra delega precedentemente rilasciata dal/la sottoscritto/a a favore di altro Sindacato.

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile Responsabile Sindacale

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile Lavoratore/trice

Ricevuta l'Informativa sull'utilizzazione e trattamento dei miei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016 ("GDPR") allegata, acconsento al loro trattamento nella misura e con le modalità necessarie per il perseguimento degli scopi statuari e per le finalità espresse nell'Informativa.

\_\_\_\_\_  
Luogo e data

\_\_\_\_\_  
Firma leggibile Lavoratore/trice

Il sottoscritto dirigente sindacale dichiara sotto la personale responsabilità l'autenticità della firma apposta dal lavoratore oggetto della presente delega sindacale.

Il Dirigente Sindacale

\_\_\_\_\_  
(firma leggibile)

N.B. in assenza della firma del Dirigente sindacale la presente delega non è valida