SNALS confsal — SINDACATO NAZIONALE AUTONOMO LAVORATORI SCUOLA

DELEGA SINDACALE

Alla Ragioneria territoriale dello stato di

…l… sottoscritt…….

nat……. a……...il……./…..…./……

residente in via……n…….

Cap …… Comune…….……. Prov…….

ISCRIZIONE

Codice Fiscale		Partita stipendiale	
Tipo documento		Numero documento	
Rilasciato da			

DATI PROFESSIONALI

Qualifica professionale/Materia			
Scuola		Comune/ Distretto	

Stato giuridico

❑ Tempo indeterminato ❑ Tempo determinato ❑ Incaricato di religione ❑ Supplente temporaneo

CONTATTI

Telefono/Cellulare		E-mail	

Autorizza l'Ente pagatore ai sensi della legge vigente ad effettuare una trattenuta mensile pari allo 0,50% sull'intera retribuzione, sull'indennità integrativa speciale a favore del Sindacato Nazionale Autonomo Lavoratori Scuola (S.N.A.L.S.) – Cod. SU
Via Leopoldo Serra, 5 a partire dal _____/_____/_____ .

TIMBRO

N.B.: in caso di revoca dell'iscrizione, il socio è tenuto a darne avviso in forma scritta al datore di lavoro e all'Ente Gestore e/o erogatore *del trattamento economico e alla Segreteria Provinciale Snals di appartenenza.*

Luogo e data _____

(firma leggibile per esteso)

REVOCA

....l.... sottoscritt.... REVOCA la precedente iscrizione al sindacato ___ ___. ___ cui la presente è inviata per conoscenza.

Luogo e data

_____

(firma leggibile per esteso)

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Io sottoscritto, letta l'informativa che precede, presto il consenso: (I) al trattamento dei miei dati personali - ivi compresi i dati rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679 - da parte di S.N.A.L.S. per l'espletamento delle attività sindacali e/o associative o, comunque, delle attività funzionali al perseguimento delle finalità statutarie, (II) alla comunicazione ed al successivo trattamento dei miei dati personali ai soggetti indicati nell'informativa, con particolare riferimento al datore di lavoro, agli enti previdenziali ed assistenziali e, comunque, a tutte le articolazioni sindacali di S.N.A.L.S., nei limiti in cui la comunicazione sia essenziale per il corretto e completo adempimento degli scopi statutari, nonché degli obblighi stabiliti dalla normativa vigente.

Alla comunicazione ed al successivo trattamento dei miei dati personali - ivi compresi i dati rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679 - a Compagnie Assicurative con le quali S.N.A.L.S. stipuli o abbia stipulato polizze per la copertura assicurativa a favore degli associati o a favore di specifiche categorie di essi. ❑ presto il mio consenso ❑ nego il mio consenso

Al trattamento dei miei dati personali - ivi compresi i dati rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679 - per finalità ulteriori, non incompatibili con le finalità statutarie di S.N.A.L.S., funzionali all'erogazione di tutti i servizi, direttamente e/o indirettamente, connessi alla tutela in ambito lavorativo, fiscale, legale, contabile, previdenziale ed assistenziale, e per finalità di informativa istituzionale e/o promozionale da parte di S.N.A.L.S.. ❑ presto il mio consenso ❑ nego il mio consenso

Alla comunicazione ed al successivo trattamento dei miei dati personali - ivi compresi i dati rientranti nelle categorie particolari di cui all'art. 9 del regolamento UE 2016/679 - ad Enti di Patronato, CAF o, comunque, ad enti o persone giuridiche, con o senza scopo di lucro, nonché a liberi professionisti dei quali S.N.A.L.S. si avvale per il perseguimento dei propri scopi, per consentire all'interessato di fruire dei servizi offerti o, comunque, per essere informato sui medesimi servizi. ❑ presto il mio consenso ❑ nego il mio consenso

Luogo e data _____

(firma leggibile per esteso)