

DIPENDENTI

COPIA PER L'AMMINISTRAZIONE
COPIA PER LA SEGRETERIA NAZIONALE

COPIA PER LA SEGRETERIA REG./PROVINCIALE

La Segreteria Nazionale

CONFEDERAZIONE



C.S.L.E. MEDICI SCHEMA DI ADESIONE ALLA C.S.L.E. MEDICI

Alla ASL / AZ.OSP. _____
(indicare Amministrazione di appartenenza)

Alla Confederazione C. S.L.E. MEDICI - Via Armando Diaz, n. 8 - Cap 80134 NAPOLI

__ I __ sottoscritt _____ dipendente da codesta Amministrazione, con la
qualifica di _____ Laurea _____ Specializzazione
nat _____ a _____ prov. _____ il _____ / _____ / _____ residente in via / piazza _____
_____ n. _____ cap _____ città
_____ prov. _____ Cod. Fiscale _____ Cell
_____ Tel. Uff. _____ Tel. Abit. _____
_____ E-mail _____

AUTORIZZA L'AMMINISTRAZIONE IN INDIRIZZO

ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a favore del Sindacato C.S.L.E. MEDICI per un importo fisso/percentuale da calcolare sul trattamento economico in godimento alla data in cui ha efficacia la presente delega e nella misura fissata annualmente dalla organizzazione sindacale di appartenenza. La delega: 1) ha efficacia a partire dal mese di _____ / _____ 2) può essere dall' _____ stess _____ revocata affinché cessino gli effetti a partire dal 1° mese successivo con comunicazione scritta da inviare all'Amministrazione e alla Organizzazione Sindacale. Il sottoscritt _____ chiede infine che gli importi mensilmente trattenuti siano versati entro 5 giorni del mese successivo cui si riferiscono, all'organizzazione sindacale cui aderisce sul C/C Codice IBAN: **IT 90P0303283950010000366208** Banca CREDEM AG. di Giarre (CT) intestato a Confederazione C.S.L.E.

_____, Li _____

FIRMA _____

Nota della Segreteria Nazionale: Le trattenute mensili da parte delle Amministrazioni, da effettuare sulla retribuzione dei professionisti medici e sanitari iscritti alla C.S.L.E. devono corrispondere per i medici, veterinari, odontoiatri e sanitari dipendenti allo 0,80% dello stipendio tabellare mensile. Tali somme devono essere versate sul C/C Codice IBAN: **IT 90P0303283950010000366208**, intestato a Confederazione C.S.L.E. La Segreteria Nazionale C.S.L.E. è l'unica titolare a comunicare eventuali variazioni a quanto disposto nella presente delega attraverso apposita comunicazione alle Aziende Sanitarie e agli Enti Pubblici e Privati.

PRESTAZIONE DEL CONSENSO: Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, il Titolare ti chiede se presti il consenso al trattamento secondo le modalità sopra previste per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività forniti dal Titolare :

o presto il consenso o non presto il consenso

Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, il Titolare ti chiede se presti il consenso al trattamento secondo le modalità previste, ivi compresa la comunicazione a terzi, dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi/attività delle strutture CSLE nonché enti, società, associazioni promosse e/o collegate e/o collaterali alla CSLE in virtù del rapporto associativo e partecipativo

o presto il consenso o non presto il consenso

Luogo, data e firma _____