

Spett.le Amministrazione

**DELEGA
UNIVERSITA'**

Il/la sottoscritto/a					
Nato/a a		il			
Codice fiscale					
Università	Statale ☐	Privata ☐			Tempo indeterminato ☐ Tempo determinato ☐
Area	(Operatori/Collaboratori/Funzionari/Elevate Professionalità)				
Diff. Stipendiale (PEO)	☐ (0/1/2/3/4/5)				
Dirigente	☐	Professore Ordinario ☐	Professore associato ☐	Ricercatore ☐	CEL ☐ Specializzando ☐
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	
------	----------------------	-------	----------------------

**La delega con le firme va consegnata in amministrazione
e inviata alla sede di Via Cavour, 228C - 00184 Roma Tel. 064870125 - nazionale@uilrua.it**