|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Immagine che contiene testo  Descrizione generata automaticamente |

|  |
| --- |
| Spett.le Amministrazione |
|

|  |
| --- |
|  |

 |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

Immagine che contiene disegnando  Descrizione generata automaticamente |
|

|  |  |
| --- | --- |
| PER LE RAGIONERIE TERRITORIALI DELLO STATO | Immagine che contiene disegnando  Descrizione generata automaticamente |

 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Il/la sottoscritto/a |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Nato/a a  |

|  |
| --- |
|  |

 | il |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Codice fiscale |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

Tempo indeterminato |

|  |
| --- |
|  |

Tempo determinato |
| In servizio presso |

|  |
| --- |
|  |

 | di |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Profilo |

|  |
| --- |
|  |

Area I |

|  |
| --- |
|  |

Area II |

|  |
| --- |
|  |

Area III |

|  |
| --- |
|  |

Area EP-EP1 |

|  |
| --- |
|  |

Area EP-EP2 |
| Docente I Fascia |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

Docente II Fascia |  |
| Pagato dall’ente |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

Dalla Ragioneria Territoriale dello Stato (RTS) |

|  |
| --- |
|  |

N° partita |
| 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 0,60% dello stipendio e indennità integrativa speciale, al netto delle ritenute previdenziali ed 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 Umbria, 15 - 00187 Roma Tel. 064870125 Fax 0687459039 - nazionale@uilrua.it** |