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

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

|  |
| --- |
|  |

 |
|

|  |
| --- |
|  |

 |

 |

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

|  |
| --- |
|  |

 |
| Nato/a a  |

|  |
| --- |
|  |

 | il |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Codice fiscale |

|  |
| --- |
|  |

 |  |
| In servizio presso |

|  |
| --- |
|  |

 | di |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Indirizzo sede |

|  |
| --- |
|  |

 |
| C.A.P. |

|  |
| --- |
|  |

 | Città  |

|  |
| --- |
|  |

 | Provincia |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Qualifica/Profilo |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Telefono lavoro |

|  |
| --- |
|  |

 |

|  |
| --- |
|  |

Fax |

|  |
| --- |
|  |

Cellulare |
| E-mail |

|  |
| --- |
|  |

 |
| Docente a contratto |

|  |
| --- |
|  |

 |
| chiede l’iscrizione alla UIL. La quota annuale è pari a € 50,00 (Cinquanta/00). 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** con causale «ISCRIZIONE LAVORATORE ATIPICO». La copia della ricevuta del bonifico va trasmessa unitamente alla presente delega alla mail **federazione.uilscuolarua@uilrua.it** o via posta alla sede di via Umbria 15 - 00187 Roma. |
| L’iscrizione si riferisce all’anno solare |

|  |
| --- |
|  |

 | e scade il |

|  |
| --- |
| 31/12/ |

 |  |
| 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 |

|  |
| --- |
|  |

 |

 |

|  |
| --- |
| **La delega con le firme va inviata alla sede di Via Umbria, 15 - 00187 Roma - Tel. 064870125 - Fax 0687459039 - nazionale@uilrua.it****Qualora l'iscritto/a intenda portare a conoscenza l'Amministrazione dell'avvenuta iscrizione, consegnare copia all’Amministrazione.** |