



ASSOCIAZIONE
COBAS SCUOLA SARDEGNA
Sede Regionale e Provinciale
Via Donizetti, 52 - 09128 - Cagliari
tel. 070454999 tel./fax (Q) 070485378 fax 1786087315
internet: www.cobasscuolacagliari.it
e-mail: cobascuola.ca@tiscali.it

COBAS - Comitati di Base della Scuola

Alla Direzione provinciale
del Tesoro di _____

All'Associazione Cobas
Scuola Sardegna Cagliari

**Oggetto: autorizzazione di delega sindacale
Associazione COBAS Scuola Sardegna.**

Il/la sottoscritto/a _____ nat__ a _____
il _____ e residente in _____ in servizio
presso _____ con la qualifica di _____

n° partita s. f. _____

con contratto a a tempo indeterminato a tempo determinato

chiede ed autorizza

la propria amministrazione ad effettuare una trattenuta mensile pari allo 0,5% sulla retribuzione in godimento, comprensiva di stipendio base ed indennità integrativa speciale, al netto delle ritenute previdenziali ed assistenziali, da versarsi sul C.C.P. n° 19631092 intestato all'**Associazione Cobas Scuola Sardegna**, con sede legale in Cagliari, V. Donizetti 52.

La presente delega avrà valore fino ad eventuale revoca presentata da parte de___ sottoscritt___ (revoca che avrà effetto immediato) od a seguito di verifica periodica disposta dall'Associazione, ai sensi della disciplina statutaria e regolamentare e nel rispetto della normativa vigente.

Consenso al trattamento di dati personali.

Preso atto che i dati acquisiti sono utilizzati esclusivamente dai COBAS Scuola nell'ambito delle attività istituzionali, acconsento al trattamento dei miei dati personali ai sensi e per gli effetti della Legge sul diritto di privacy del 31-12-1996.

(data)

(firma)

Indirizzo : VIA _____

CAP _____ CITTA' _____

Rec. telef.: _____ cell. _____

e-mail: _____