

S.A.Di.R.S.

Sindacato Autonomo Dipendenti Regione Siciliana
Palermo via Leonardo da Vinci n.94
tel. 091/6823824 – 6822742 Telefax 091/6823064
www.sadirs.it e-mail info@sadirs.it

(da compilare in stampatello)

ALLA SOCIETA' AUSILIARE
SERVIZI SCPA
VIA LIBERTA' N°93
PALERMO

Il sottoscritto _____ Nato a _____
il _____ dipendente della Servizi Ausiliari Sicilia Scpa in servizio c/o
_____ Dipartimento _____
Ufficio _____ tel.ufficio _____ fax _____
cell. _____ e-mail _____
con la qualifica di _____

dichiara di aderire al S.A.Di.R.S.

Autorizza, pertanto, la trattenuta mensile così come comunicata dal Sadirs, con nota prot.1982 del 22.04.2002, sulle 14 retribuzioni mensili.

Ogni ulteriore e futura modifica di tale trattenuta sarà comunicata dal Sadirs

Codesta Amministrazione verserà mensilmente l'importo suddetto con le modalità comunicate dal Sadirs.

La firma della presente, annulla, costituisce revoca e sostituisce ogni altra precedente delega rilasciata ad altre OO.SS.

_____ lì _____
(firma)

__ l __ sottoscritto _____ esprime il consenso ex artt.11, 20, 22, legge 675/96 al trattamento, da parte del Sindacato l'appartenenza, dei propri dati personali, come individuato dall'art.1 secondo comma, lettera b) e fermo il rispetto dell'art.5 legge 300/70, da parte del datore di lavoro.

Per trattamento s'intende quanto necessario per l'adempimento degli obblighi attinenti alla trattenuta della quota sindacale, al versamento al sindacato indicato, nonché alla loro comunicazione, nei limiti delle leggi vigenti, anche allo scopo di fruizione e di altri diritti sindacali, quali i permessi retribuiti e non retribuiti, di fruizione di aspettative totali o parziali, in relazione a cariche sindacali eventualmente ricoperte e di fruizione di servizi di assistenza e tutela riservate agli iscritti.

_____ lì _____
(firma)

Le deleghe in originale dovranno essere consegnate alla Segreteria Regionale SADIRS che le invierà agli uffici competenti.