

Alla cortese attenzione dell'UFFICIO TRATTAMENTO ECONOMICO - STIPENDI

Il/La sottoscritto/a _____

C.F. _____ nato/a il _____

a _____ residente in _____

via/piazza _____ n. _____ C.A.P. _____

tel./cell. _____ email (non inserire l'email aziendale) _____

nome azienda _____

indirizzo azienda Via _____

n. _____ città _____ (Pr. _____) C.A.P. _____

con la presente iscrizione all'Associazione Avvocatura Degli Infermieri, autorizza l'amministrazione destinataria ad operare, *cessio crediti*, la trattenuta **mensile** di **quindici (15) euro** dalla busta paga sul seguente conto IBAN del Banco BPM:

IT14M0503403268000000023095

L'iscrizione sarà operativa dalla prima trattenuta in busta paga.

La delega è permanente salvo personale disdetta scritta e si chiede che venga trasmessa, in caso di mobilità, alla nuova azienda di assegnazione.

Preso atto del G.D.P.R. n. 679/2016, il/la sottoscritto/a autorizza l'Associazione A.D.I. e il datore di lavoro a trattare i propri dati personali per le finalità di cui alla presente iscrizione.

Dichiaro altresì di aver preso conoscenza dello Statuto pubblicato nel sito www.aadi.it e di accettarlo e rispettarlo e di aver aderito alle delibere e regolamenti pubblicati.

Con la presente chiedo di cancellarmi con effetto immediato dall'Organizzazione Sindacale di seguito indicata (**solo per chi volesse cancellarsi da altro sindacato**):

Data _____

Firma _____