

# AT = CONFINTESA PENSIONATI

Federazione pensionati di CONFINTESA  
00186 Roma – Corso Vittorio Emanuele II, 326  
Tel. 06.97747280 Fax 06.233228544  
[pensionati@confintesa.it](mailto:pensionati@confintesa.it)

Alla sede INPS di \_\_\_\_\_

...l... sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nat....

a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

tel \_\_\_\_\_ titolare di pensione INPS cat . \_\_\_\_\_ n.

\_\_\_\_\_ iscritto al sindacato **CONFINTESA Pensionati**

## delega l'INPS,

in conformità di quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11.8.72 n.485, a riscuotere i contributi associativi con le modalità indicate dalla convenzione stessa.

La misura della trattenuta per contributi sindacali è stabilita nelle seguenti percentuali dell'importo lordo della singola rata di pensione – compresa la tredicesima ed esclusi i trattamenti di famiglia comunque denominati.

In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che la presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca esplicitamente formulata ed indirizzata alla Sede INPS che ha in carico la pensione:

1. 0,50% sugli importi compresi entro il trattamento minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti;
2. 0,40% sugli importi eccedenti quelli di cui al precedente punto 1) e non eccedenti il doppio nella misura del trattamento minimo del F.P.L.D.;
3. 0,35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del F.P.L.D.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali (art. 10 legge 675/96) consento al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi statutari. Consento, inoltre, che i dati relativi all'iscrizione sindacale siano trasmessi all'Ente erogatore e da questi siano trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti di legge.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma leggibile per esteso

teste \_\_\_\_\_

teste \_\_\_\_\_

## ATTO DI REVOCA

ALLA SEDE INPS DI \_\_\_\_\_

...l... sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nat.... a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

cod. fiscale \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

prov \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

titolare di pensione cat . \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ ai sensi dell'art. 23 octies della legge n. 485/72 e alle norme della Convenzione stipulata tra le Organizzazioni sindacali dei Pensionati e codesto Istituto, chiede a codesta spett. Direzione di prendere atto della REVOCA della delega già rilasciata a favore della Organizzazione sindacale \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ firma leggibile per esteso



da Segreteria CONFINTESA FP