



Iscrizione Coordinamento ACI

www.confintesafp.it – infoconfintesafp@aci.it c.f.
97619480581 - codice fatturazione elettronica KRRH6B9

La/Il sottoscritt a/o _____

Nata/o il _____ a _____ Prov. _____

C.F. _____ Cell _____

e-mail _____, dipendente in servizio presso (specificare

l'Amministrazione/Ente) _____ Città _____

con la qualifica di _____ area _____ posizione economica _____

Si impegna ad osservare lo statuto della Federazione Confintesa Funzione Pubblica e

CHIEDO

all'Ufficio titolare della mia posizione stipendiale, l'iscrizione con decorrenza immediata all'organizzazione sindacale CONFINTESA FP (**codice QAV**), della quale mi impegno ad osservare lo Statuto. Revoco contestualmente, ogni eventuale iscrizione precedente ad altre organizzazioni sindacali.

REVOCA contestualmente ogni precedente iscrizione dal sindacato _____

CHIEDE DI RICEVERE la tessera di iscrizione presso

via _____

Città _____ CAP _____ Prov. _____

Data

FIRMA _____

CONSENSO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

acconsente all'invio dei dati personali derivanti dal rapporto associativo:

- all'amministrazione finanziaria e/o enti pubblici e/o istituzionali e/o assicurativi e/o enti bilaterali o equiparati;
- ai datori di lavoro per le relative trattenute e adempimenti di legge;

FIRMA _____

acconsente all'invio di comunicazioni sindacali e promozionali di servizi/attività da CONFINTESA FP e strutture collegate.

FIRMA _____

SCelta BENEFIT

BUONI SPESA

PIANO SANITARIO

*è necessario compilare apposito modulo di adesione allegato.

SPAZIO PER IL PRESENTATORE

nominativo

TESSERAMENTO 2023