



# ISCRIZIONE COORDINAMENTO INAIL

www.confintesafp.it

C.F. 97619480581 codice fatt. elettronica KRRH6B9

**codice 6435**

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

## CHIEDE

**immediata ISCRIZIONE A CONFINTESA FP, CODICE 6435**

**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*