



ISCRIZIONE COORDINAMENTO INPS

www.confintesafp.it

C.F. 97619480581 codice fatt. elettronica KRRH6B9

codice 5556

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 5556

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