



# ISCRIZIONE MINISTERI ED AGENZIE FISCALI

Cod. **SBK**

www.confintesafp.it  
C.F. 97619480581 codice fatt. elettronica KRRH6B9  
Tel.06/83413586 cell. 3476361078  
**Federazione Confintesa Funzione Pubblica**  
info@confintesafp.it [info@pec.confintesafp.it](mailto:info@pec.confintesafp.it)

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 \_\_\_\_\_

con la presente, nell'impegnarsi ad osservare lo statuto della Federazione Confintesa Funzione Pubblica, **DELEGA** l'Ufficio ordinatore del proprio stipendio, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile sulla partita di stipendio di cui è titolare, dal prossimo mese. Le somme dovranno essere accreditate, attraverso il cod. aut. **SBK**, alla CONFINTESA FUNZIONE PUBBLICA C.F. 97619480581.

**REVOCA/DISDETTA ogni precedente iscrizione dal sindacato \_\_\_\_\_  
a partire dal prossimo mese.**

**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.

**Nominativo del presentatore**