

AL SINDACATO

Oggetto: **Ritenute contributi sindacali** (notifica cessione di credito)

Il/La sottoscritto/a _____

Abitante in via _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Tel. _____ e mail _____

Data di nascita _____ Nazionalità _____

Dipendente dell'Azienda _____ Matricola _____

Anno di assunzione _____ Titolo di studio _____

Tipo di assunzione: Tempo indeterminato () Tempo determinato
(Apprendistato () Tempo pieno () Part-time ()

Qualifica: operaio () impiegato () Livello _____

Uomo () Donna ()

Con la presente dichiara la sua volontà a cedere in base a quanto previsto dall'art. 26 S.L. e dall'art.1260 e ss.C.C. a favore della **CUB sanità italiana** la quota mensile pari all'1% di paga base e contingenza quale pagamento di contributi sindacali, a decorrere dalla data odierna. La presente cessione è subordinata al mantenimento dell'iscrizione da parte del lavoratore alla Organizzazione sindacale sotto indicata.

IBAN: IBAN IT65 K030 6909 6061 0000 0175 558

Intestato a CUB i di Roma e provincia presso Intesa Sanpaolo

Data _____ Firma _____

Il sindacato cessionario, preso atto di quanto sopra dichiarato dal lavoratore, dichiara di accettare la condizione apposta alla presente cessione e si obbliga a comunicare all'Azienda la rinuncia al beneficio della cessione del credito retributivo del lavoratore, non appena riceverà dal lavoratore stesso la comunicazione della revoca dell'adesione al sindacato.

La presente annulla e sostituisce ogni altra eventuale delega/cessione di credito precedentemente rilasciata dal sottoscritto.

Il sindacato cessionario, preso atto di quanto sopra dichiarato dal Autorizzo Il trattamento dei dati che mi riguardano, ai sensi dell'art. 11 L. 675/96, dando atto di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 10 della legge.

Data _____ Firma _____

ALLA DIREZIONE

Oggetto: **Ritenute contributi sindacali** (notifica cessione di credito)

Il/La sottoscritto/a _____

Abitante in via _____ CAP _____ Comune _____ Prov. _____

Dipendente dell'Azienda _____ Matricola _____

Con la presente dichiara la sua volontà a cedere in base a quanto previsto dall'art. 26 S.L. e dall'art.1260 e ss.C.C. a favore della L.A.U., la quota mensile pari all'1% di paga base e contingenza quale pagamento di contributi sindacali, a decorrere dalla data odierna. La presente cessione è subordinata al mantenimento dell'iscrizione da parte del lavoratore alla Organizzazione sindacale sotto indicata.

C.U.B Sanità Italiana di Roma e provincia

Con la presente dichiara la sua volontà a cedere in base a quanto previsto dall'art. 26 S.L. e dall'art.1260 e ss.C.C. a favore della **CUB Immigrazione** la quota mensile pari all'1% di paga base e contingenza quale pagamento di contributi sindacali, a decorrere dalla data odierna. La presente cessione è subordinata al mantenimento dell'iscrizione da parte del lavoratore alla Organizzazione sindacale sotto indicata. L'importo trattenuto nella busta paga è da versarsi sul c/c:

IBAN IBAN IT65 K030 6909 6061 0000 0175 558

Intestato a CUB i di Roma e provincia presso Intesa Sanpaolo

Data _____ Firma _____

La presente annulla e sostituisce ogni altra eventuale delega/cessione di credito precedentemente rilasciata dal sottoscritto.

Autorizzo Il trattamento dei dati che mi riguardano, ai sensi dell'art. 11 L. 675/96, dando atto di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 10 della legge. lavoratore, dichiara di accettare la condizione apposta alla presente cessione e si obbliga a comunicare all'Azienda la rinuncia al beneficio della cessione del credito

Data _____ Firma _____