ANQUAP
Associazione Nazionale Quadri delle Amministrazioni Pubbliche

Confederazione Italiana Dirigenti d'Azienda
Federdirigenti/CIDA

All'ANQUAP Federdirigenti CIDA
Associazione Nazionale Quadri
delle Amministrazioni Pubbliche
Via XXIV Maggio, 1
05012 ATTIGLIANO (TR)

All'Amministrazione che eroga
il trattamento economico fondamentale

All'Amministrazione di appartenenza

OGGETTO: Delega sindacale – Codice ST5

Il/La sottoscritt__ _____
(Cognome e Nome)

nat___ il _____/_____/_____ a _____ Prov. (_____)
(data di nascita) *(luogo di nascita)* *(Prov. di nascita)*

(Codice Fiscale)

Residente a _____ C.A.P. _____ in Via _____
(Comune di residenza) *(Indirizzo di residenza)*

Prov. (_____) Tel. _____ e-mail _____
(Prov. residenza) *(Telefono residenza)* *(privato)*

Qualifica _____ presso _____
(Sede di servizio)

_____ C.A.P. _____ Via _____ Prov. (_____)
(città sede di servizio) *(indirizzo sede di servizio)*

Tel. _____ Fax _____ e-mail _____
(Telefoni, Fax ed e-mail delle sedi di servizio)

Retribuito da _____ Partita di spesa n._____/_____

1. **AUTORIZZA** codesta Amministrazione ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile nella misura annualmente fissata dall'ANQUAP (Associazione Nazionale Quadri delle Amministrazioni Pubbliche), cui aderisce, ed attualmente determinata nello 0,55% calcolato sull'intero imponibile per dodici mensilità da versarsi su c.c.p. n. 66601014 con le modalità fissate dalla stessa ANQUAP.
2. Preso atto dell'informativa prevista dall'art. 13 del D.Lgs. 196/2003, depositata presso l'ANQUAP, **ESPRIME** il consenso previsto dalla norma citata al trattamento da parte di codesta Organizzazione sindacale, per le finalità istituzionali, statutarie, connesse e strutturali, dei dati che la/lo riguardano.
3. **DICHIARA** che la presente delega ha efficacia con decorrenza dal _____.

_____
(luogo e data)

_____
(firma per esteso e leggibile)