SCHEDA DI ADESIONE USB PUBBLICO IMPIEGO SANITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____a _____

Codice Fiscale:

in servizio presso _____

con sede ordinaria di lavoro presso _____

con qualifica di _____

e-mail _____

tel. _____

rilascia formale delega in favore della Unione Sindacale di Base Pubblico Impiego (USB P.I.) impegnandosi a rispettare e a far rispettare il relativo statuto.

L'interessato, presa visione dell'informativa 'Informativa iscrizione settore sanità', presente nella pagina https://www.usb.it/privacy/infodelega-sanita.html , in merito al trattamento dei suoi dati personali da parte del Titolare, conformemente al Regolamento UE 2016/679 e alla normativa nazionale applicabile in tema di protezione dei dati personali, esprime il consenso affinché i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati ai seguenti soggetti, nell'ambito delle attività statutarie:

Al datore di lavoro, ente pensionistico o altro ente indicato nell'informativa, al fine di adempiere correttamente alla tutela sindacale e per il corretto esercizio della libertà sindacale (finalità (2) dell'informativa).

SI NO Data e firma _____

Qualora l'interessato desideri aderire alla polizza assicurativa "Colpa grave" in convenzione con USB, esprime il consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla compagnia di assicurazione per finalità necessarie alla stipula della polizza (finalità 3 dell'informativa).

SI NO Data e firma _____

Data_____ **Firma** _____

DA CONSEGNARE AL SINDACATO

Unione Sindacale di Base Pubblico Impiego
Via dell'Aeroporto 129 – 00175 Roma – tel. 06762821 fax. 067628233
www.pubblicoimpiego.usb.it – e-mail: pubblicoimpiego@usb.it

SCHEDA DI ADESIONE USB PUBBLICO IMPIEGO SANITA'

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a il _____a_____

Codice Fiscale:

in servizio presso _____

con qualifica di _____

rilascia formale delega in favore della Unione Sindacale di Base Pubblico Impiego (USB P.I.) impegnandosi a rispettare e a far rispettare il relativo statuto.

La quota mensile di adesione è fissata nello 1,00% della retribuzione mensile lorda calcolata su: paga base (tabellare) e eventuale retribuzione individuale di anzianità (RIA), per 12 mensilità. Si autorizza l'amministrazione a procedere alla relativa trattenuta da versare su c/c intestato a USB Pubblico Impiego – Coord. Bancarie IT06J0200805253000106026975 – UNICREDIT – filiale 30665 Roma Consoli – P.za Dei Consoli, 18 – 00175 ROMA.

L'adesione alla USB Pubblico Impiego decorre dalla compilazione della delega fino al 31 dicembre di ogni anno, si intende rinnovata tacitamente, se non revocata. L'eventuale revoca, effettuabile in qualunque momento, decorre dal mese successivo alla data di inoltro.

L'interessato, presa visione dell'informativa 'Informativa iscrizione settore sanità', presente nella pagina https://www.usb.it/privacy/infodelega-sanita.html , in merito al trattamento dei suoi dati personali da parte del Titolare, conformemente al Regolamento UE 2016/679 e alla normativa nazionale applicabile in tema di protezione dei dati personali, esprime il consenso affinché i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati ai seguenti soggetti, nell'ambito delle attività statutarie:

Al datore di lavoro, ente pensionistico o altro ente indicato nell'informativa, al fine di adempiere correttamente alla tutela sindacale e per il corretto esercizio della libertà sindacale (finalità (2) dell'informativa).

SI NO Data e firma _____

Qualora l'interessato desideri aderire alla polizza assicurativa "Colpa grave" in convenzione con USB, esprime il consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla compagnia di assicurazione per finalità necessarie alla stipula della polizza (finalità 3 dell'informativa).

SI NO Data e firma _____

Data_____ **Firma**_____

DA CONSEGNARE ALL'AMMINISTRAZIONE