



**Dipartimento F I A L P**  
**Coordinamento Sindacale Aziendale di C.R.I.**  
Via Ramazzini, 31 00151 Roma Tel. 06/5875354 – fax 06/6534296.  
Sito [www.fialpcisalcri.it](http://www.fialpcisalcri.it) – e-mail [cri@fialp.191.it](mailto:cri@fialp.191.it)

**DELEGA DI ADESIONE**

Alla FILP – Dipartimento FIALP  
Coordinamento Sindacale Aziendale di Croce Rossa Italiana  
ROMA

Alla Direzione Amministrativa CRI del Comitato di (\*)

\_\_\_\_\_

\_\_l\_\_ sottoscritt \_\_\_\_\_ ,  
nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
assunto dal \_\_\_\_\_, in servizio presso \_\_\_\_\_  
con la qualifica \_\_\_\_\_ ruolo  tempo determinato   
abitante in \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_  
n. \_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ titolo di studio \_\_\_\_\_  
tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_  
indirizzo e-mail \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di aderire alla FILP – Dipartimento FIALP accettandone lo Statuto e, a tale scopo,

**AUTORIZZA**

l'Amministrazione in indirizzo a trattenerne sulle proprie competenze l'importo mensile dovuto per contributi sindacali nella misura stabilita dagli Organi statutari.  
La presente delega può essere revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta all'Amministrazione di appartenenza ed alla FILP – Dipartimento FIALP.  
L'effetto della revoca decorre dalla retribuzione del mese successivo alla comunicazione.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Ai sensi della L. 675/96 e successive, autorizzo espressamente la FILP – Dipartimento FIALP ad utilizzare i miei dati personali ai fini contabili ed organizzativi.  
La FILP – Dipartimento FIALP si impegna a non trasferire i dati in suo possesso ad altri Enti o Associazioni.

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

(\*) indicare l'Unità C.R.I. di appartenenza)

SI PREGA SCRIVERE IN STAMPATELLO