



Alla **F.A.B.I.**

**Federazione Autonoma Bancari Italiani**


Sindacato Autonomo Bancari S.A.B./F.A.B.I.

di \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Cognome \_\_\_\_\_

Data e Luogo \_\_\_\_\_

|  |   |   |                                      |
|--|---|---|--------------------------------------|
| Il Sottoscritto/a  |   |   |                                      |
| Luogo di nascita   |   | Data di nascita   | ___/___/_____                        |
| Codice Fiscale _____   |   |   |                                      |
| Residente in   |   | CAP   | Città _____ Prov. _____              |
| Dipendente della Banca   |   | Assunto/a il  | ___/___/___ Matricola n° _____       |
| Sede   |   | Prov. _____   | Filiale/Ufficio _____                |
| N° telefono abitazione   |   | Ufficio _____   |                                      |
| E-mail   |   | PEC _____   |                                      |
| Inquadramento attuale  | <input type="checkbox"/> AREA UNIFICATA (ex 1^ e 2^ Area Professionale) |   |                                      |
|  | <input type="checkbox"/> 3 ^ AREA                                       | <input type="checkbox"/> I° LIVELLO   | <input type="checkbox"/> II° LIVELLO |
|  | <input type="checkbox"/> III° LIVELLO                                   | <input type="checkbox"/> IV° LIVELLO  |                                      |
|  | <b>Quadri Direttivi</b>   | <input type="checkbox"/> I° LIVELLO   | <input type="checkbox"/> II° LIVELLO |
| <b>Dirigente</b>   | <input type="checkbox"/> III° LIVELLO                                   | <input type="checkbox"/> IV° LIVELLO  |                                      |
| <b>CHIEDE</b>  |   |   |                                      |
| Di essere iscritto a codesto sindacato e di poter usufruire di tutti i servizi e le convenzioni in essere, e, inoltre, si impegna a segnalare tempestivamente ogni variazione dei dati inseriti nel presente modulo.   |   |   |                                      |
| <b>Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 - Protezione dei dati personali (RGPD)</b>   |   |   |                                      |
| Il sottoscritto _____, dichiara di aver letto attentamente e compreso il contenuto dell'informativa allegata, nonché di averne ricevuto copia, autorizzando al trattamento dei dati personali, comuni e particolari, a norma degli artt. 6, 7 e 9 del Regolamento UE, n. 2016/679, la Federazione Autonoma Bancari Italiani (FABI) in qualità di Titolare del trattamento. |   |   |                                      |
| _____, _____<br>[luogo e data]   |   | <br>_____<br>[firma leggibile] |                                      |

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Spett.le UFFICIO DEL PERSONALE</b>  |                            |
| <b>della Banca/Cassa _____ Sede _____</b>  |                            |
| <p>Il/La sottoscritto/a _____, Vostro dipendente presso la sede/filiale di _____, <b>AUTORIZZA</b> codesto spettabile Ufficio a trattenere dalle competenze mensili i contributi associativi sindacali da devolvere al Sindacato Autonomo Bancari S.A.B./F.A.B.I. di _____, nella misura e con le modalità segnalate dalla FABI direttamente o tramite la competente Associazione Sindacale delle Aziende di Credito.</p> <p><b>La presente autorizzazione è valida a partire dal mese in corso sino a revoca e annulla le precedenti.</b></p> |                            |
| _____, _____<br>[luogo, data]  | _____<br>[firma leggibile] |