

## Delega di Adesione Sindacale MEDICI



Spett.le **Segreteria Confederale della  
UGL Unione Generale del Lavoro**  
Via Volturmo 40 – 00185 Roma

**COMPILARE IN STAMPATELLO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Dipendente/ convenzionato  
l'azienda \_\_\_\_\_

con sede nel comune di \_\_\_\_\_

Provincia di \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_

MAIL-----

Chiede di associarsi alla UGL (Unione Generale del Lavoro) e si impegna ad osservarne lo Statuto. Comunica di aver rilasciato in data odierna regolare delega per la trattenuta dei contributi sindacali.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ FIRMA PER ESTESO \_\_\_\_\_

Ricevuta l'informativa sull'autorizzazione dei miei dati personali, ai sensi della Legge 196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari, nonché consento che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi derivanti sia dalla legge che dai contratti collettivi nazionali.

**PREGASI INVIARE VIA MAIL/SCANNER COPIA SCHEDA ISCRIZIONE A:**

[uqlmedici@tiscali.it](mailto:uqlmedici@tiscali.it)

## Delega di Adesione Sindacale MEDICI



Spett.le (inserire estremi propria Azienda) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**COMPILARE IN STAMPATELLO**

Io sottoscritto \_\_\_\_\_

Nato il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

Dipendente/ convenzionato  
l'azienda \_\_\_\_\_

con sede nel comune di \_\_\_\_\_

Provincia di \_\_\_\_\_

Con la presente delega autorizzo ad effettuare trattenute sulle sue competenze mensili, a titolo di contributo sindacale, a favore della UGL (Unione Generale del Lavoro), in misura pari a quella prevista al contratto di lavoro vigente per 13 mensilità.

Le trattenute dovranno essere mensilmente versate sul seguente conto corrente bancario intestato a Federazione Nazionale UGL Medici:

IBAN: IT 75 A 05696 03216 000005445X50  
CODICE FISCALE: 97871580581

La presente delega revoca ogni altra precedentemente rilasciata e resta in vigore fino ad eventuale sua disdetta, da comunicare a mezzo lettera raccomandata con A.R.

A fini associativi la presente delega ha valore sul tutto il territorio nazionale, anche in caso di trasferimento ad altra Azienda Sanitaria.

Luogo e Data \_\_\_\_\_ FIRMA PER ESTESO \_\_\_\_\_

Ricevuta l'informativa sull'autorizzazione dei miei dati personali, ai sensi della Legge 196/03, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari, nonché consento che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi derivanti sia dalla legge che dai contratti collettivi nazionali.

**PREGASI INVIARE VIA MAIL/SCANNER COPIA SCHEDA ISCRIZIONE A:**

[uqlmedici@tiscali.it](mailto:uqlmedici@tiscali.it)