



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	AREA UNIFICATA (ex 1^a e 2^a Area Professionale)				
	3^a AREA	I° LIVELLO	II° LIVELLO	III° LIVELLO	IV° LIVELLO
	Quadri Direttivi	I° LIVELLO	II° LIVELLO	III° LIVELLO	IV° LIVELLO
	Dirigente				
CHIEDE					
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.					
Informativa resa ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 - Protezione dei dati personali (RGPD)					
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.					
_____			_____		
[luogo e data]			[firma leggibile]		

Spett.le UFFICIO DEL PERSONALE	
della Banca/Cassa _____ Sede _____	
<p>Il/La sottoscritto/a _____, Vostro dipendente presso la sede/filiale di _____, AUTORIZZA 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>La presente autorizzazione è valida a partire dal mese in corso sino a revoca e annulla le precedenti.</p>	
_____	_____
[luogo, data]	[firma leggibile]