



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	
	Quadri Direttivi	<input type="checkbox"/> I° LIVELLO	<input type="checkbox"/> II° LIVELLO
Dirigente	<input type="checkbox"/> III° LIVELLO	<input type="checkbox"/> IV° LIVELLO	
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]