

DELEGA RILASCIATA DAL GIA' BENEFICIARIO DI ASSEGNO STRAORDINARIO PER LA TRATTENUTA
DEI CONTRIBUTI SINDACALI

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ CAP _____

in via/piazza _____

indirizzo e-mail _____ cell. _____

codice fiscale _____

beneficiario/a dell'assegno straordinario di sostegno al reddito o assegno sezione emergenziale da:

- 027 VOCRED (ABI)
- 028 VOCCOOP (BCC)
- 029 VOESO (ASCOTRIBUTI)
- SEZIONE EMERGENZIALE (indicare codice)
- 127 CRED27 ASSEGNO STRAORDINARIO CREDITO L. 232/2016
- 128 COOP28 ASSEGNO STRAORDINARIO CREDITO COOPERATIVO L. 232/2016

SCADENZA PERIODO DI ESODO _____

Certificato n. _____ del _____

Sede INPS di _____

Ex azienda di appartenenza _____

DELEGA L'INPS

in conformità di quanto previsto dalla normativa vigente, a riscuotere i contributi associativi con le modalità indicate dalla stessa normativa.

In merito all'impegno assunto, il sottoscritto è consapevole che la presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca esplicitamente formulata.

La misura della trattenuta per contributi sindacali è stabilita nelle seguenti percentuali dell'importo lordo del singolo assegno:

- 0,50% sugli importi compresi entro il trattamento minimo;
- 0,40% sugli importi eccedenti quelli di cui al precedente punto e non eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo;
- 0,35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo.

L'importo di tale trattenuta deve essere versato, quale quota di contributo sindacale, alla FABI – (codice M) – Via Tevere, 46 . 00198 Roma.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art. 13 della Legge 196/2003, l'informativa sul "trattamento" dei propri dati personali:

- 1) consente il loro "trattamento" per le finalità previste dallo statuto dell'Associazione;
- 2) consente che gli stessi siano comunicati all'INPS;
- 3) consente all'INPS il trattamento dei dati medesimi per i propri fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla convenzione con l'Associazione suindicata

Luogo e data _____ Firma _____

Timbro e firma del SAB

REVOCA ISCRIZIONE ORGANIZZAZIONE SINDACALE

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a a _____ il _____

e residente a _____ CAP _____

in via/piazza _____

codice fiscale _____

beneficiario/a dell'assegno straordinario di sostegno al reddito da:

- 027 VOCRED (ABI)
- 028 VOCCOOP (BCC)
- 029 VOESO (ASCOTRIBUTI)
- SEZIONE EMERGENZIALE (indicare codice)
- VEDI DELEGA

Certificato n. _____ del _____

Sede INPS di _____

Con la presente REVOCA l'autorizzazione a trattenere il contributo associativo a favore di

_____ cod. _____

di cui la delega a suo tempo sottoscritta.

Luogo e data _____ Firma _____

All. documento d'identità leggibile e in corso di validità