



**I.S.A.**

**Intesa Sindacato Autonomo - Pensionati**

Via degli Aceri n°42, Tel/Fax. 0932-258537

[WWW.isasindacato.com](http://WWW.isasindacato.com) e-mail: [info@isasindacato.com](mailto:info@isasindacato.com)

Codice Fiscale 92024280882

All'I.N.P.D.A.P. di.....

**Oggetto: DELEGA PER TRATTENUTA SINDACALE SULLA PENSIONE**

Il sottoscritto .....

Nato/a a ..... il .....

e residente in via .....n.....cap. ....

comune di .....(Prov. ....)

C.F. ....

Iscrizione della pensione n.....

Iscritto al sindacato I.S.A. – Pensionati – cod. 0080411

delega l'I.N.P.D.A.P. di ..... ad effettuare, in forza della legge 31/07/1975 n. 364,

con decorrenza .....

Autorizzo la Direzione Provinciale INPDAP a trattenere mensilmente sulla pensione di cui sono titolare, in forza dell'art. 11 della Legge 31/7/1975 n. 364 in ragione dello 0,50% ed a versare a proprio nome il relativo importo su:

BANCA AGRICOLA POPOLARE DI RAGUSA – AG.2 Ragusa

Codice Iban IT 63 V 05036 17002 CC0021042668 intestato a: I.S.A. Intesa Sindacato Autonomo

CODICE BIC: POPRIT31002

Riconosce alla stessa I.S.A. - Pensionati la facoltà di modificare , negli anni successivi al rilascio della presente delega, la misura su indicata del contributo sindacale. In tal caso la presente delega, si intende tacitamente confermata per la nuova misura.

Il sottoscritto informato delle finalità,delle modalità di utilizzo, della natura facoltativa del conferimento dei dati, e di tutti gli elementi di cui l'art. 10 Legge 675/96, esprime liberamente il consenso al trattamento dei propri dati personali da parte dell'I.S.A. con sede in via Degli Aceri n. 42, Ragusa, con facoltà di questa ultima di comunicare i dati alla Direzione Provinciale INPDAP per i trattamenti connessi agli obblighi previsti dalla legge. La trattenuta viene effettuata su ciascuna rata di pensione, compresa la tredicesima mensilità. La delega si intende rinnovata di anno in anno se non interviene la revoca a mezzo raccomandata indirizzata alla sede INPDAP che ha in carico la pensione e per conoscenza all'I.S.A.

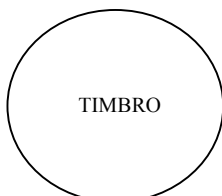
Data .....

Firma

.....  
( segno della croce se analfabeta )

1° Teste.....

2° Teste.....



TIMBRO DELL'ORGANIZZAZIONE SINDACALE E FIRMA DEL RAPPRESENTANTE

.....