

AT = CONFINTESA PENSIONATI

Federazione pensionati di CONFINTESA
00186 Roma – Corso Vittorio Emanuele II, 326
Tel. 06.83413586 Fax 06.233228544
pensionati@confintesa.it

Alla sede INPS di _____

...l... sottoscritto/a _____ nat....

a _____ prov. _____ il ____/____/____

cod. fiscale _____ residente a _____

prov _____ cap _____ Via _____

cell _____ e-mail _____

titolare di pensione INPS cat . _____ n. _____ iscritto al sindacato

CONFINTESA Pensionati

delega l'INPS,

in conformità di quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11.8.72 n.485, a riscuotere i contributi associativi con le modalità indicate dalla convenzione stessa.

La misura della trattenuta per contributi sindacali è stabilita nelle seguenti percentuali dell'importo lordo della singola rata di pensione – compresa la tredicesima ed esclusi i trattamenti di famiglia comunque denominati.

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 ed indirizzata alla Sede INPS che ha in carico la pensione:

1. 0,50% sugli importi compresi entro il trattamento minimo del Fondo Pensioni Lavoratori Dipendenti;
2. 0,40% sugli importi eccedenti quelli di cui al precedente punto 1) e non eccedenti il doppio nella misura del trattamento minimo del F.P.L.D.;
3. 0,35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del F.P.L.D.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali (art. 10 legge 675/96) consento al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi statutari. Consento, inoltre, che i dati relativi all'iscrizione sindacale siano trasmessi all'Ente erogatore e da questi siano trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti di legge.

Data ____/____/____

_____ firma leggibile per esteso

teste _____

teste _____

ATTO DI REVOCA

ALLA SEDE INPS DI _____

...l... sottoscritto/a _____

nat.... a _____ prov. _____ il ____/____/____

cod. fiscale _____ residente a _____

prov _____ cap _____ Via _____

titolare di pensione cat . _____ n. _____ ai sensi dell'art. 23 octies della legge n. 485/72 e alle norme della Convenzione stipulata tra le Organizzazioni sindacali dei Pensionati e codesto Istituto, chiede a codesta spett. Direzione di prendere atto della REVOCA della delega già rilasciata a favore della Organizzazione sindacale _____

Data ____/____/____

_____ firma leggibile per esteso