

ALL. A

**DELEGA RILASCIATA DAL GIA' TITOLARE DI PENSIONE PER LA TRATTENUTA SULLA PENSIONE DEI CONTRIBUTI SINDACALI**

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

e residente a \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in via/piazza \_\_\_\_\_

indirizzo e-mail \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

titolare della pensione con certificato n. \_\_\_\_\_ cat. \_\_\_\_\_

sede INPS di \_\_\_\_\_

ex azienda di appartenenza \_\_\_\_\_

**DELEGA L'INPS**

In conformità a quanto previsto dalla convenzione stipulata ai sensi dell'art. 23 octies della legge 11/08/72 n. 485, a riscuotere i contributi associativi con le modalità indicate dalla convenzione stessa.

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 delle singole rate di pensione – compresa la tredicesima – esclusi i trattamenti di famiglia comunque denominati:

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

L'importo di tale trattenuta deve essere versato, quale quota di contributo sindacale, alla FABI-CNP (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

**F.A.B.I.**  
**SINDACATO AUTONOMO BANCARI - MODENA**  
**La Segreteria Provinciale**

1. 2. 3. 4.  
RESEARCH - 1970-1975  
1970-1975