



**PARTE RISERVATA AL SINDACATO**

Nuova iscr.  Reiscriz. Data .....,  
Matricola ..... Codice Compagnia .....

Con la presente, il/la sottoscritto/a:

Cognome .....

Nome .....

Luogo e data di nascita ..... il .....

Residente in via/piazza .....

Città ..... CAP ..... Prov. ....

E-mail personale .....

Tel. cell. personale .....

Impresa .....

Città sede di lavoro ..... Interno Esterno

Assunto il ..... Inquadramento .....

Area aziendale  Commerciale  Tecnica  Sinistri  
 Informatica  Personale  Serv. Generali  
 Legale/Audit  Amministr.  .....

chiede l'iscrizione a SNFIA - Sindacato delle Professionalità Assicurative

Data \_\_\_\_\_, luogo \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_

Nome/Cognome R.S.A. \_\_\_\_\_

**Informativa ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003 - Protezione dei dati personali**

SNFIA, titolare del trattamento, ti informa che tratterà i dati personali da te forniti nel rispetto delle disposizioni di cui al Regolamento europeo 2016/679 concernente la protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati (d'ora in avanti "Reg. UE 2016/679") e nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari, anche con modalità informatiche, nel rispetto della normativa vigente. I tuoi dati, compresa la tua adesione al nostro sindacato, possono essere conosciuti dal personale, autorizzato, appartenente a SNFIA, ai rappresentanti sindacali, alle società di servizi ed ai professionisti che svolgono per nostro conto, in qualità di responsabili del trattamento, attività di natura tecnica ed organizzativa, per il perseguimento delle finalità sopraindicate. I tuoi dati possono essere inoltre comunicati, laddove strettamente necessario, al tuo datore di lavoro, ad enti previdenziali ed eventualmente a centri di assistenza fiscale convenzionati con noi ai quali tu ti sia rivolto, in adempimento agli obblighi previsti da leggi, regolamenti, contratti anche collettivi e convenzioni. In assenza dei tuoi dati non potremo ricevere la tua adesione. I tuoi dati non sono in alcun caso soggetti a diffusione. In ogni momento, puoi esercitare i diritti previsti dall'art. 7 del D. Lgs. 196/2003 (accesso, aggiornamento, opposizione, ecc.) rivolgendoti per iscritto direttamente a SNFIA via posta ordinaria all'indirizzo di Milano o per posta elettronica alla mail [privacy@snfia.org](mailto:privacy@snfia.org).

Sulla base dell'informativa che precede, il/la sottoscritto/a consente al trattamento dei propri dati personali da parte di SNFIA per il perseguimento degli scopi statutari nonché alla loro comunicazione ai soggetti sopraindicati e al trattamento da parte di questi ultimi per l'adempimento degli obblighi previsti da leggi, regolamenti, contratti anche collettivi e convenzioni.

Data \_\_\_\_\_, luogo \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_



Via De Amicis, 33 - 20123 MILANO  
Telefono 02.8324.1464 - Telefax 02.8324.1472  
e-mail: [sindacato@snfia.org](mailto:sindacato@snfia.org)

Spett.le \_\_\_\_\_

Direzione H.R.

Vi trasmettiamo la presente delega sottoscritta affinché provvediate alla relativa trattenuta, accreditando l'importo nel nostro conto corrente bancario presso:

UNICREDIT - Agenzia n. 28 - Milano  
Coordinate Bancarie: IT 28 U 02008 01628 000005361698

RingraziandoVi, porgiamo distinti saluti.

La R.S.A.

**DELEGA**

Spett.le \_\_\_\_\_

Direzione H.R.

Il/La sottoscritto/a ....., matr. ...., con la presente chiede alla Vostra Direzione di trattenere a favore di SNFIA (e di effettuare il versamento per suo conto), quale quota associativa, gli importi derivanti dalla percentuale sotto indicata:

- 0,45% del trattamento tabellare (comprensivo dell'indennità di contingenza e dell'E.D.R.) e, per i soli Funzionari, dell'indennità di carica su ciascuna delle quattordici mensilità.

La presente delega, che sostituisce ed annulla ogni eventuale precedente trattenuta a favore di altre OO.SS., potrà essere revocata con espressa dichiarazione scritta indirizzata all'Impresa e per conoscenza a SNFIA. Gli effetti della revoca decorrono dal 31° giorno successivo a quello della comunicazione scritta.

Il/La sottoscritto/a, pertanto, autorizza l'Impresa a trattenere in unica soluzione il contributo, nella misura sopra indicata, riguardante il mese di cui sopra sia al momento della revoca sia al momento della risoluzione del rapporto di lavoro.

Data \_\_\_\_\_, luogo \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_