



CONFEDERAZIONE ITALO - EUROPEA PER IL LAVORO E L'IMPRESA
 Via Angelo Maj 24 - 24121 Bergamo - C.F. 95228350161
 e-mail: segreteria@cieli.info pec: cieli@pec.it
 sito web: www.cieli.info

Alla Direzione Inps

di _____

*COGNOME _____ *NOME _____

*NATO/A _____ (Prov.) _____ - *IL _____ *C. F. _____

*RESIDENTE (Via - Città - Prov.) _____

STATO _____ *TEL./CELL _____ *

Barrare la casella corrispondente:

Consento il trattamento dei miei dati per le finalità previste dallo statuto dell'Associazione • Titolare di Pensione o assegno Categoria _____ con certificato numero: _____

iscritto al sindacato **C.I.E.L.I. - Confederazione Italo - Europea per il Lavoro e l'Impresa. CODICE: BW**

DELEGA L'INPS

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 e indirizzata alla Sede INPS che ha in carico la pensione.

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:

- 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 della misura del trattamento minimo del FPLD;
- 3) 0,35% sugli importi eccedenti il doppio della misura del trattamento minimo del F.P.L.D.

Avendo ricevuto, a norma di quanto previsto dall'art.10 della legge 675/9 e successive modificazioni, 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 la Associazione suindicata;
- 4) non consente quanto indicato ai punti

Data _____

Firma **x** _____

Timbro e Firma responsabile territoriale CIELI  _____

Atto di Revoca

Alla Direzione Inps

di _____

*COGNOME _____ *NOME _____

*NATO/A _____ (Prov.) _____ - *IL _____ *C. F. _____

*RESIDENTE (Via - Città - Prov.) _____

STATO _____ *TEL./CELL _____ *

Barrare la casella corrispondente:

Consento il trattamento dei miei dati per le finalità previste dallo statuto dell'Associazione • Titolare di Pensione o assegno Categoria _____ con certificato numero: _____

Dichiarazione del cittadino: Con la presente dichiarazione, ai sensi della legge 485/72, art. 23 ed all'accordo applicativo stipulato fra le Organizzazioni sindacali e di rappresentanza dei pensionati io sottoscritto/a

chiedo

a codesto Spett.le Istituto di prendere atto, a partire dalla data di trascrizione della presente lettera, della revoca di delega già rilasciata al Sindacato _____

Luogo _____ Firma **X** _____ Data _____