

## ISCRIZIONE PENSIONATI

1- Compilare e firmare il modulo di adesione (Allegato A) da consegnare al rappresentante sindacale Fabi insieme alla fotocopia di un documento di identità, in corso di validità e chiaramente leggibile in tutte le sue parti.

2- Nel caso il pensionato è già iscritto ad altra organizzazione sindacale è necessario compilare e firmare anche il modulo di revoca (Allegato C) indicando la sigla e il codice. Di seguito i codici più ricorrenti:

SIGLA	CODICE	DESCRIZIONE
SPI-CGIL	1	Sindacato Pensionati Italiani
FNP-CISL	2	Federazione Nazionale Pensionati
UILP	3	Unione Italiana Lavoratori Pensionati
ANP-CIA	4	Confcoltivatori (Associazione Nazionale Pensionati)
CNCD	5	Coldiretti (Confederazione Nazionale Coltivatori Diretti)
FNAP-CNA	6	Federazione Nazionale Artigiani Pensionati – Confederazione Nazionale Artigianato
UGL-PENS	7	Unione Generale Lavoro (ex CISNAL)

**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

\_\_\_\_\_

**REVOCA ISCRIZIONE ORGANIZZAZIONE SINDACALE**

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. \_\_\_\_\_

con la presente REVOCA l'autorizzazione a trattenere il contributo associativo a favore di

\_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

di cui la delega a suo tempo sottoscritta.

Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

**All. documento d'identità leggibile e in corso di validità**