



COORDINAMENTO NAZIONALE PENSIONATI

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

Alla Sede INPS di _____

Il/La sottoscritt.....
Nat..... a(Prov.....)
Il..... C.F.....
Residente a(Prov.....)
Via.....n°.....CAP.....
Iscritto al Sindacato FABI e titolare di pensione INPS cat.....n.....

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.

In merito all'impegno assunto il sottoscritto è consapevole che la presente delega si intende tacitamente rinnovata di anno in anno salvo revoca esplicita formulata.

La misura della trattenuta per i 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 contributo sindacale, alla:

F.A.B.I. – C.N.P. (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.
- 4 – Non consente quanto indicato ai punti.....

Data:.....

Firma del pensionato.....

Timbro sindacato

Firma del Rappresentante sindacale

.....

**DELEGA PER LA RISCOSSIONE DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI SINDACALI
PER GLI ADERENTI AL " FONDO DI SOLIDARIETA' PER IL SOSTEGNO AL REDDITO"**

Pens. N.:..... Cat. VOCRED Richiesta n.:
Ass.

IL SOTTOSCRITTO
NATO AProv. (.....) il
RESIDENTE A.....Prov (.....)
VIA.....C.A.P.....C.F.....
GIÀ DIPENDENTE DELLA BANCA
AUTORIZZA L'INPS, AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO 28 APRILE 2000, N. 158, A TRATTENERE
SULLE MENSILITÀ DELL'ASSEGNO, COMPRESA LA TREDICESIMA MENSILITÀ, I CONTRIBUTI
ASSOCIATIVI SINDACALI CALCOLATI CON LE SEGUENTI ALIQUOTE PERCENTUALI:

- 1) 0.50 %, SUGLI IMPORTI COMPRESI ENTRO LA MISURA DEL TRATTAMENTO MINIMO DI PENSIONE
- 2) 0.40% SUGLI IMPORTI ECCEDENTI QUELLI DI CUI AL PUNTO 1) E NON ECCEDENTI IL DOPPIO DELLA MISURA DEL TRATTAMENTO MINIMO DI PENSIONE
- 3) 0.35% SUGLI IMPORTI ECCEDENTI IL DOPPIO DELLA MISURA DEL TRATTAMENTO MINIMO DI PENSIONE

L'IMPORTO DEI CONTRIBUTI ASSOCIATIVI TRATTENUTI SULL'ASSEGNO DEVE ESSERE VERSATO
A :

**F.A.B.I. FEDERAZIONE AUTONOMA BANCARI ITALIANI
VIA TEVERE 46 00198 ROMA.
(Codice M)**

IL SOTTOSCRITTO ACCETTA CHE LA PRESENTE DELEGA SI INTENDE TACITAMENTE RINNOVATA
DI ANNO IN ANNO, SALVO REVOCA CHE PRODURRÀ I SUOI EFFETTI DAL PRIMO GIORNO
DEL TERZO MESE SUCCESSIVO A QUELLO IN CUI È PERVENUTA ALL'INPS

INFORMATIVA SULL'USO DEI DATI PERSONALI E SUI REDDITI DEL DICHIARANTE (articolo 13
della legge 196/2003)

I DATI PERSONALI RICHIESTI CON LA PRESENTE DOMANDA DEVONO ESSERE FORNITI
NECESSARIAMENTE PER CONSENTIRE ALL'INPS LA LIQUIDAZIONE E LA GESTIONE
DELL'ASSEGNO STRAORDINARIO PER IL SOSTEGNO DEL REDDITO.

L'INPS È IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO DEI DATI. I PREDETTI DATI POSSONO ESSERE
COMUNICATI DALL'INPS A SOGGETTI CHE GESTISCONO SERVIZI INFORMATICI, DI
POSTALIZZAZIONE E DI ARCHIVIAZIONE, OVE CIÒ SIA RESO NECESSARIO PER LA
TRATTAZIONE DELLA PRESENTE DOMANDA.

L'INTERESSATO PUÒ RIVOLGERSI IN OGNI MOMENTO ALL'INPS PER VERIFICARE I DATI CHE
LO RIGUARDANO E FARLI EVENTUALMENTE AGGIORNARE, INTEGRARE, RETTIFICARE O
CANCELLARE, CHIEDERNE IL BLOCCO E OPPORSI AL LORO TRATTAMENTO SE TRATTATI IN
VIOLAZIONE DI LEGGE (articolo 13 della legge 196/2003)
).

DATA.....

FIRMA.....



Federazione Autonoma Bancari Italiani
Coordinamento Nazionale Pensionati – Esodati

PENSIONATO / ESODATO	EX BANCA
(Barrare la voce che non interessa)	
COGNOME	
NOME	
DATA DI NASCITA	
CODICE FISCALE	
INDIRIZZO	
TEL. ABITAZIONE	
TEL. CELLULARE	
E-MAIL	
DECORRENZA ESODO	
FINE ESODO	
DECORRENZA PENSIONE	
Altre eventuali notizie	