



FEDERAZIONE ITALIANA UNITARIA PROFESSIONI

Via Piave, 61 - 00187 ROMA

Tel. 06 42000358 - 06 42010899 - Fax 06 42010628

Email: fiup@cse.cc

MODULO DI RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Il _____

Codice Fiscale _____

Residente a _____ CAP _____ Prov. (____)

in Via/Piazza _____ n° _____

E-mail _____ Cell. _____ Tel. _____

CHIEDE

l'iscrizione alla **FIUP** – Federazione Italiana Unitaria Professioni (valida fino a revoca) condividendone le finalità ed accettandone le norme associative in qualità di

(Professione) _____

- | | | |
|--------------------------|----------------|----------|
| <input type="checkbox"/> | Professionista | € 150,00 |
| <input type="checkbox"/> | Praticante | € 75,00 |

DICHIARA

di essere a conoscenza che ogni comunicazione statutaria verrà effettuata attraverso affissione nella sede locale o nazionale.

COMUNICA

di aver effettuato il versamento della quota associativa sul conto corrente postale n. 69334258 intestato a FIUP – Federazione Italiana Unitaria Professioni.

ALLEGA

documento di riconoscimento valido.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei propri dati personali (ai sensi dell'art. 13 del D.LGS. 196/2003 e s.m.i. e dell'art. 13 del GDPR UE 679/2016), il/la sottoscritto/a consente al loro trattamento, nella misura necessaria al perseguimento degli scopi statutari e consente a che i dati riguardanti l'iscrizione sindacale siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge e dai contratti.

Data _____

Firma _____

Il presente modulo unitamente alla informativa sulla Privacy, al documento di riconoscimento e alla copia del versamento effettuato deve essere inoltrato a mezzo a mezzo posta a cse@cse.cc.