



# FEDERAZIONE ITALIANA UNITARIA PROFESSIONI

Via Piave, 61 - 00187 ROMA

Tel. 06 42000358 - 06 42010899 - Fax 06 42010628

Email: [fiup@cse.cc](mailto: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](mailto:cse@cse.cc).**