

**MODULO PER RICHIESTA APERTURA SEDE TERRITORIALE
DA ANTICIPARE VIA FAX AL NUMERO 06/96045696**

(ver.1.0/2011)

Il/La sottoscritto/a

Cognome: _____	Nome: _____
Nato/a a: _____	Pr. _____ il _____
C.F. _____	Residente in _____ Pr. _____
C.A.P. _____	Via _____ N. _____ Cell: _____
(Obbligatorio per comunicazioni urgenti)	
Tipologia Documento di riconoscimento _____ N. _____	
Rilasciato/a da _____ Scadenza _____ (che si allega in fotocopia)	

Avendo ricevuto in modo esaustivo tutte le informazioni relative all'organizzazione della CONF.A.S.I. e preso visione dello statuto

CHIEDE

L'autorizzazione ad istituire una sede territoriale ed a tal fine si impegna a:

- in caso di nomina sindacale, di svolgere l'incarico con la massima diligenza e scrupolosità;
- firmare il codice deontologico della CONF.A.S.I. di cui ha già preso visione;

A tal uopo comunica, inoltre, i recapiti della sede:

Citta': _____	Pr. : _____
Via : _____	C.A.P. _____ N. : _____
Tel: _____	FAX: _____
email: _____	http:// _____
Orari e giorni di apertura: _____	

Data _____

Il Richiedente _____

Informativa sulla tutela dei dati personali

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le finalita' connesse allo svolgimento dell'attivita' della CONF.A.S.I.
2. Il trattamento dei dati avviene mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza, e potra' essere effettuato sia mediante supporti cartacei, sia con l'ausilio di mezzi informatici.
3. I Suoi dati non saranno comunicati a terzi.
4. Potranno venire a conoscenza dei dati anche i responsabili del trattamento, nonche' gli incaricati del trattamento e gli incaricati alla manutenzione dei data base informatici.
5. Lei potra' in qualsiasi momento esercitare i diritti di cui all'art. 7 e ss. del D.lgs. 196/2003
6. Titolare del trattamento e' la CONF.A.S.I. – Piazza dei Prati degli Strozzi 34 – 00195 Roma
7. Il/La sottoscritto/a esprime il proprio consenso al trattamento dei propri dati per le finalita' precisate nell' informativa.

Data _____

Il Richiedente _____

Attenzione: accertarsi di aver inviato entrambe le pagine correttamente compilate e firmate. Il presente modello, insieme al **documento di riconoscimento ed al codice fiscale del richiedente in fotocopia (leggibile)**, deve essere inviato in originale in posta prioritaria al seguente indirizzo:
CONF.A.S.I. Confederazione Autonoma Sindacati Italiani – Piazza dei Prati degli Strozzi 34 – 00195 Roma.

Parte riservata alla segreteria della Presidenza

Protocollo attribuito _____
Si Autorizza <input type="checkbox"/> Non si Autorizza <input type="checkbox"/> Il Presidente _____
Richiesta seguita da: _____ Adempimenti terminati: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Firma _____