

Il Sottoscritto,

Cognome _____

Nome _____

Nato il _____ a _____ Prov. _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo abitazione _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Cell. _____

E-Mail _____

Società di appartenenza _____

Sede di lavoro _____

Dichiara la propria adesione all'ASSIDIPOST-FEDERMANAGER Professional

Autorizza altresì la propria sede contabile a trasmettere mensilmente la quota associativa stabilita da

ASSIDIPOST-FEDERMANAGER, a decorrere dal _____

Il sottoscritto prende inoltre atto che l'eventuale revoca della propria adesione ad **ASSIDIPOST-FEDERMANAGER Professional** può essere effettuata non oltre il 31 ottobre di ciascun anno ed ha effetto dal 1° gennaio dell'anno successivo. La comunicazione di revoca va indirizzata ad **Assidipost-Federmanager Via Ravenna, 14 -00161 Roma** mediante raccomandata AR o via Fax al numero 064403421. In relazione ai dati personali sopraindicati, il sottoscritto dichiara di avere preso visione dell'informativa ex artt. 13 e 14 e *ssmm* del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e autorizzarne la comunicazione alle Organizzazioni sindacali cui codesta associazione aderisce, o a terzi intermediari interessati direttamente o indirettamente. Il sottoscritto, pertanto, esprime il consenso alla comunicazione dei propri dati personali alla **Associazione** in epigrafe.

_____ li _____

Firma _____