**Sindacato Autonomo di Polizia**
Segreteria Provinciale Roma
Via San Vitale, 15
00184 Roma

Tel. 06 46862294 - 06 86936237
E-mail: roma@sap-nazionale.org
www.sap-roma.it
sap-roma

# DELEGA DI ADESIONE

Il sottoscritto_____

nato a_____ il_____

con la qualifica di _____

effettivo _____

telefono _____ e-mail _____

con il presente dichiara di voler aderire al _____

A tal fine rilascia delega, autorizzando l'Amministrazione a trattenergli una quota mensile dello stipendio, in misura pari allo _____% degli emolumenti fissi netti o, nella misura stabilita dai componenti Organi Statutari, ai sensi degli artt. 93 della legge 1° aprile 1981, n. 121 e 34 del D.P.R. 18 giugno 2002, n. 164.

La presente delega ha validità dal primo giorno del mese successivo a quello del rilascio ed è valida fino al 31 dicembre di ogni anno e si intende tacitamente rinnovata ove non venga revocata dall'interessato/a entro la data del 31 ottobre.

La revoca della presente delega redatta esclusivamente in forma scritta, va inoltrata congiuntamente, con raccomandata A/R, all'Amministrazione e al Sindacato di appartenenza.

In fede

_____, lì_____/_____/_____ _____