

Federazione Autisti Operai - FAO-COBAS federata SlaiProlCobas

sede nazionale F.-A.O.e: via Pascoli, 5 – 30034 MIRA (VE) – tel.334-3657064 - 041-5600258 – fax 041-5625372

Il-La sottoscritto-a			
telefono		codice fiscale:	
data nascita:		luogo nascita:	
nazionalità:		M.-F.:	
indirizzo:			
città:			
mese iscrizione			
cobas:			
azienda dove lavora o dove ha lavorato per ultima			
sede di servizio		matricola	
qualifica:		categoria:	

Delega

Il sig. DORIGO PAOLO, nato a Venezia il 24.10.1959, ed il signor _____ nato-a _____
il _____, coordinator-i dell'organizzazione sindacale "Federazione Autisti Operai -FAO-COBAS",
a rappresentarmi e nominare per mio conto un rappresentante in sede di collegio arbitrale disciplinare nonché in
ogni genere di trattative di ogni ordine e grado con questa Azienda, nonché avanti la Direzione Territoriale del Lavoro di _____
conferendo allo/agli stesso/i ogni potere di legge ivi compresi specificatamente quelli di conciliare, transigere,
rinunciare, riscuotere od incassare assegni circolari al sottoscritto intestati, nonché rilasciare liberatoria.

Chiede alla Azienda

di corrispondere la trattenuta sindacale come da legislazione in vigore, tramite versamento su c/c Bancario
ntestato a Federazione Autisti Operai, c/o Volksbank - Banca Popolare, via Alfieri, 9/C, Mira (VE), IBAN

IBAN IT26 h058 5636 1801 2857 1251 849

**FEDERAZIONE AUTISTI OPERAI - federata SlaiProlCobas - _____ Via Pascoli, 5 - MIR
(VE)**

eventuale sede periferica _____

Luogo _____, data _____ Firma del lavoratore.....

Timbro e firma del sindacato.....