



RICHIESTA DI REVOCA DELLA DELEGA DI PAGAMENTO (personale in ausiliaria)

**AL CENTRO INFORMATICO AMMINISTRATIVO NAZIONALE
GUARDIA DI FINANZA (rm45000p@pec.gdf.it)**

ALL' U.S.I.F. - Unione Sindacale Italiana Finanziari (deleghe.sindacali@usif.it)

QUADRO A - DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Il sottoscritto:

Grado _____ Nome _____ Cognome _____

Nato/a il _____ a _____

Codice Fiscale

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Residente a _____ Prov. _____ Cap. _____

Piazza/Via _____ Nr. _____

E-mail: _____ Tel. / Cell _____

Pec: _____

QUADRO B – DATI IDENTIFICATIVI DELL'APCSM DA CUI SI INTENDE RECEDERE

Denominazione: U.S.I.F. (Unione Sindacale Italiana Finanziari)

Sede legale: Roma - via Castro Pretorio, n. 30

Cod. Fisc.

9	6	4	2	3	5	9	0	5	8	5									
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

E-mail: deleghe.sindacali@usif.it

Pec: segreteria@pec.usif.it

QUADRO C – REVOCA DELEGA SINDACALE DELLA TRATTENUTA MENSILE DA PARTE DEL C.I.A.N.

Con la presente il sottoscritto REVOCA la delega a suo tempo rilasciata per il versamento mensile dei contributi sindacali in favore dell'APCSM indicata nel QUADRO B.

Si allega documento di riconoscimento in corso di validità, sottoscritto – in data odierna – dal richiedente.

Luogo e data _____ Firma per esteso _____