



Segreteria S.A.P.Pe. di

Il/La sottoscritt .....  
Cod. Fiscale ..... Part. Stip. ....  
residente in ..... C.A.P. ....  
via ..... n. ....  
telefono ..... e-mail .....  
Qualifica .....  
Matr. .... in servizio presso .....  
quale appartenente al Corpo di Polizia Penitenziaria autorizza ai sensi dell'art. 34, comma 3,  
D.P.R. n.164 del 18 giugno 2002 e successive modificazioni, la propria Amministrazione a  
trattenere mensilmente la somma dello 0,60% sulla retribuzione mensile, a decorrere dal mese  
di ..... / ..... da versare al:

**SINDACATO AUTONOMO POLIZIA PENITENZIARIA - S.A.P.P.E.**

**Via Trionfale, 79/A - 00136 Roma**

**Codice Fiscale 97078840580 - Codice MEF: SBM (ex D9903)**

**conto corrente postale n.37660008 - IBAN: IT98C0760103200000037660008**

**Ufficio postale RM 31 - Roma**

La presente delega di riscossione contributi si intende tacitamente rinnovata ove non venga  
revocata con comunicazione scritta alla Segreteria Generale del Sindacato Autonomo Polizia  
Penitenziaria - S.A.P.Pe. nei termini previsti dalla vigente normativa.

....., li .....

firma .....

*Il sottoscritto esprime, ai sensi della D.Lgs n. 196/2003, il consenso al trattamento dei relativi dati personali  
inerenti l'iscrizione sindacale e la loro eventuale diffusione nelle forme consentite dalle norme vigenti.*

*Dichiara di aver ricevuto l'informativa ai sensi dell'art.13 del R.E. 679/2016 (GDPR) e di aver prestato consenso.*

firma .....

*Il Dirigente S.A.P.Pe.*

*cognome e nome ..... firma .....*