

**SINAFI - RICHIESTA DI REVOCA DELLA DELEGA DI PAGAMENTO PERSONALE IN PENSIONE - AUSILIARIA**

**AL CENTRO INFORMATICO AMMINISTRATIVO NAZIONALE  
GUARDIA DI FINANZA**

**ALLA APCSM INDICATA NEL QUADRO B**

**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: Sindacato Nazionale Finanziari - Cum Grano Salis

Sede legale: Roma

Piazza/Via: Via Tagliamento

Nr. 9

Codice Fiscale 

9	6	4	1	1	2	2	0	5	8	3									
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Codice meccanografico 

=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

E-mail: segreterianazionale@sinafi.org

Tel. 0640045376 - 3292605371

Pec: segreterianazionale@pec.sinafi.org

**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 fotocopia del documento di riconoscimento in corso di validità, sottoscritto – in data odierna – \dal richiedente.**

**Luogo e data \_\_\_\_\_ Firma per esteso \_\_\_\_\_**