

**AUTODICHIARAZIONE DELL'ISCRITTO AL SINDACATO****Dati del lavoratore/della lavoratrice**

Cognome: ..... Nome: .....  
 Via, N°: ..... NAP, Località: .....  
 Data di nascita: ..... Telefono: .....  
 N° partner : .....

**Dati concernenti il periodo di diritto**

Anno per il quale viene fatto valere il diritto al rimborso (massimo 3 anni in passato): .....  
 Se il diritto non viene fatto valere per l'intera durata dell'anno:  
 mese d'inizio:..... e ultimo mese d'impiego: .....

**Dati concernenti i datori di lavoro/aziende di collocamento (prestito di personale)**

Impiegato/a dal – al: ..... Azienda di collocamento/ditta (in caso di impiego fisso)  
 Impiegato/a dal – al: ..... Azienda di collocamento/ditta (in caso di impiego fisso)  
 Impiegato/a dal – al: ..... Azienda di collocamento/ditta (in caso di impiego fisso)  
 Impiegato/a dal – al: ..... Azienda di collocamento/ditta (in caso di impiego fisso)  
 Impiegato/a dal – al: ..... Azienda di collocamento/ditta (in caso di impiego fisso)

**IMPORTANTE: allegare copia del conteggio salariale. I contributi vengono rimborsati solo in presenza di almeno un conteggio salariale mensile.**

Luogo, data: ..... Firma del lavoratore affiliato<sup>1</sup>: .....

**DA COMPILARE DA PARTE DELL'ORGANIZZAZIONE DEI LAVORATORI**

Nome dell'organizzazione dei lavoratori: .....

Regione/sezione/unità: .....

Ammontare dei contributi sindacali versati nell'anno ..... : CHF .....

Ammontare del rimborso per l'anno ..... : CHF .....

L'organizzazione dei lavoratori dichiara di non avere versato alla persona interessata altri contributi professionali per il periodo in esame.

Luogo, data: ..... Firma/timbro dell'organizzazione dei lavoratori<sup>1</sup>:  
 .....

<sup>1</sup> Solo in caso di consegna del formulario per scritto (non vale in caso compilazione elettronica/online)