***Образец заявления о вступлении в профсоюз***

В профсоюзный комитет первичной профсоюзной организации

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*наименование организации*

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*должность*

ЗАЯВЛЕНИЕ

Прошу принять меня в Самарский областной профессиональный союз работников социальной защиты населения. Устав профсоюза признаю, обязуюсь выполнять и принимать активное участие в деятельности организации.

В целях эффективного представительства и защиты Профсоюзом моих социально-трудовых прав и профессиональных интересов я, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(ФИО), даю согласие на обработку следующих персональных данных на весь период членства в Профсоюзе: Ф.И.О., пол, дата рождения, образование, квалификационная категория, стаж работы, место работы и занимаемая должность/профессия, размер дохода по месту работы, телефон, домашний адрес.

Оставляю за собой право по письменному требованию отозвать Согласие
в любое время

Согласие вступает в силу с момента его подписания и действует до дня отзыва в письменной форме.

*Дата Подпись*

|  |  |
| --- | --- |
| **Отметка о приеме в Профсоюз:**«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_202\_\_г.Подпись Председателя ППО |  |
|  |  |

**Образец заявления**

**на уплату профсоюзных взносов**

Директору \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *наименование учреждения*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

от \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*фамилия, имя, отчество*

**ЗАЯВЛЕНИЕ**

Прошу через бухгалтерию учреждения ежемесячно производить удержание из моей заработной платы членских профсоюзных взносов в размере 1%
от причитающейся заработной платы и безналичное их перечисление
на расчетный счет ОО «Самарский областной профессиональный союз работников социальной защиты населения».

 *Дата Подпись*