



Regioni Autonomie Locali
Sede Provinciale Palermo
Via M.se di Villabianca, 4 – 90143
TEL. 0916262871 Fax 0918486030
e mail: palermo@csasicilia.it sito: www.csasicilia.it

Spett.le Amministrazione _____
Settore/Ufficio Ragioneria Generale/Ufficio Stipendi _____

Alla Organizzazione Sindacale _____

Spett. Amministrazione _____ di _____

Il/La sottoscritto/a _____
(cognome nome)

nato/a _____ (_____) il ____/____/____

Domiciliato/a in _____ Prov. ____ via _____

N° ____ CAP _____ e-mail _____ @ _____

Cell _____ Tel/fax _____ in servizio

presso il Settore _____ CAT _____

dichiara di aderire al CSA Regioni Autonomie Locali ed autorizza, ai sensi delle norme contrattuali, il datore di lavoro a ritenere mensilmente, per tredici mensilità e con decorrenza immediata lo 0,80% di quanto previsto dall'art. 52 comma 2 lett. B del C.C.N.L. successivo a quello dell'1.4.1999 con l'aggiunta della retribuzione individuale di anzianità effettuando l'accredito di tale somma sul **c/c bancario bancario n° 368192 coord, bancarie IBAN IT11A0513204602811570368192 intestato a - FIADEL CSA c/o Banca Nuova AG. 4 di Palermo.**

Tale iscrizione si intende tacitamente rinnovata per il mese successivo, se non formalmente disdetta da sottoscritto.

L'iscrizione potrà essere dallo stesso revocata in qualsiasi momento con comunicazione scritta da inviare all'Amministrazione di appartenenza ed al Sindacato Territoriale.

Avvertenza: se la revoca non è comunicata alla O.S. non sarà valida.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30/6/2003 n.196, si acconsente al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari e la loro comunicazione al datore di lavoro per gli adempimenti previsti dalla legge e dai contratti.

Documento di riconoscimento: _____
(carta identità-patente-passaporto)

rilasciato il ____/____/____ da _____

scade il ____/____/____

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____
(cognome nome) dipendente di codesta

Amministrazione, categoria _____ comunica la revoca della delega sindacale e la relativa trattenuta sindacale mensile già operata in favore del Sindacato _____ a decorrere dal _____ in quanto dimissionario/a della predetta O.S. con effetto immediato.

Documento di riconoscimento: _____
(carta identità-patente-passaporto)

rilasciato il ____/____/____ da _____

scade il ____/____/____

Con osservanza

Data _____

Firma _____