



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 _____

Il/La sottoscritto/a _____
 (cognome nome)

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

Domiciliato/a in _____ Prov. ____ via _____

N° ____ CAP _____ e-mail _____ @ _____

Cell _____ Tel/fax _____ in servizio

presso l'Assessorato _____ Dipartimento

_____ Sede di lavoro _____ 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 da calcolarsi sul trattamento economico nella misura e con le modalità stabilite annualmente con l'aggiunta della retribuzione individuale di anzianità effettuando l'accredito di tale somma sul **c/c bancario bancario n° 10726 coord, banarie IBAN IT95H0100504603000000010726 intestato a – FIADEL CSA c/o BNL Via Libertà Palermo.**

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

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

Con la presente il sottoscritto intende esplicitamente revocata ogni eventuale delega a favore di altro sindacato

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 NUMERO)

rilasciato il ____/____/____ da _____

scade il ____/____/____

Data _____ Firma _____

Il sottoscritto _____ dipendente di codesta
 (cognome nome)

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 _____

Dipendenti Regionali