



**Regioni Autonomie Locali**  
**Sede Provinciale Palermo**  
**Dipartimento Regioni e Sanità**  
**Via M.se di Villabianca, 4 – 90143**  
**TEL. 0916262871 Fax 0918486030**  
**e mail: [palermo@csasicilia.it](mailto:palermo@csasicilia.it) sito: [www.csasicilia.it](http://www.csasicilia.it)**

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 \_\_\_\_\_ Qualif/Prof \_\_\_\_\_

dichiara di aderire al CSA Regioni Autonomie Locali – Dipartimento Regioni e Sanità ed autorizza, ai sensi delle norme contrattuali, il datore di lavoro a ritenere mensilmente, per tredici mensilità e con decorrenza immediata lo 0,80% sulla retribuzione lorda (comprensiva di tutte le voci stipendiali) effettuando l'accredito di tale somma sul **c/c bancario bancario n° 10726 coord, bancarie n° H01005 – 04603 – IBAN IT95H0100504603000000010726 c/o B.N.L. AG. 3 di Palermo, via Libertà, 68.**

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.

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.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

Spett.le Amministrazione \_\_\_\_\_  
Ufficio Stipendi \_\_\_\_\_

Alla Organizzazione Sindacale \_\_\_\_\_

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.

Con osservanza

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_