



CSA Regioni Autonomie Locali

Aderente CISAL

Segreteria Provinciale - Via Marchese di Villabianca, 4 - 90144 Palermo

tel. 091.6262871 – fax 091.8486030

E-MAIL: [palermo@csasicilia.it](mailto:palermo@csasicilia.it)

PEC: [csapalermo@pec.net](mailto:csapalermo@pec.net)



CSA Regioni Autonomie Locali

Aderente CISAL

Segreteria Provinciale - Via Marchese di Villabianca, 4 - 90144 Palermo

tel. 091.6262871 – fax 091.8486030

E-MAIL: [palermo@csasicilia.it](mailto:palermo@csasicilia.it)

PEC: [csapalermo@pec.net](mailto:csapalermo@pec.net)

Tessera n. \_\_\_\_\_

Copia ad uso interno

**Oggetto: Delega di adesione Sindacale a CSA Regioni Autonomie Locali**

Al \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

( ) il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( ) cap. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell. \_\_\_\_\_ con

Profilo di \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ - In servizio presso: \_\_\_\_\_

nella sede di via/Corso \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_ Tel.Uff. \_\_\_\_\_

**Con la presente dichiara di aderire al "CSA Regioni Autonomie Locali"**

**AUTORIZZA** il datore di lavoro/incaricato del pagamento, ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta mensile a

**favore del sindacato CSA Via MARCHESE DI VILLABIANCA, 4 - PALERMO**

**REVOCA con la presente ogni eventuale precedente iscrizione.**

È **consapevole ed accetta** che la presente delega ha efficacia dal primo giorno del mese successivo a quello del rilascio, la stessa si intende tacitamente rinnovata di anno in anno e potrà dallo stesso essere revocata in qualsiasi momento con una comunicazione scritta da inviare all'Amministrazione di appartenenza ed a questo Sindacato con effetto della revoca dal primo giorno del mese successivo dal ricevimento della stessa.

....., lì ..... **FIRMA** \_\_\_\_\_

**CONSENSO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016**

**presta il consenso** per l'invio dei Suoi dati personali in esecuzione al rapporto associativo:

- all'amministrazione finanziaria e/o enti pubblici e/o istituzionali e/o assicurativi e/o enti bilaterali o equiparati;
- ai datori di lavoro per le relative trattenute ed adempimenti di legge;

**non presta il consenso** per l'invio dei Suoi dati personali in esecuzione al rapporto associativo:

- all'amministrazione finanziaria e/o enti pubblici e/o istituzionali e/o assicurativi e/o enti bilaterali o equiparati;
- ai datori di lavoro per le relative trattenute ed adempimenti di legge;

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**presta il consenso** per l'invio di comunicazioni promozionali dei servizi/attività da CSA;

**non presta il consenso** per l'invio di comunicazioni promozionali dei servizi/attività da CSA;

**FIRMA** \_\_\_\_\_

**presta il consenso** alla comunicazione a terzi, dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale

dei servizi/attività delle strutture CSA nonché enti, società, associazioni promosse e/o collegate e/o collaterali CSA;

**non presta il consenso** alla comunicazione a terzi, dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere

promozionale dei servizi/attività delle strutture CSA nonché enti, società, associazioni promosse e/o collegate e/o collaterali a

CSA;

....., lì ..... **FIRMA** \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ ( )

il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ ( ) cap \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ tel./cell \_\_\_\_\_

dipendente di codesto Ente, in servizio presso \_\_\_\_\_

appartenente alla qualifica/profilo \_\_\_\_\_ Cat. \_\_\_\_\_ L.E. \_\_\_\_\_

Tel.Uff. \_\_\_\_\_ mail: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

**Con la presente 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 0,85% 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° 15818 coord, bancarie IBAN: IT19L030690463210000015818 intestato a - FIADEL CSA c/o Banca IMI San Paolo - Filiale P.zza Vitt. Veneto, 2D - Palermo.**

Autorizzo il sindacato a variare la quota della trattenuta ai sensi dello statuto del CSA Regioni Autonomie Locali. Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30/6/2003 n.196 e del **GDPR (Regolamento UE 2016/679)**, 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.

**REVOCA con la presente ogni eventuale precedente iscrizione a qualsiasi altra O.S.** cui la presente è inviata per conoscenza;

È **consapevole ed accetta** che la presente delega ha efficacia dal primo giorno del mese successivo a quello del rilascio, la stessa si intende tacitamente rinnovata di anno in anno e potrà dallo stesso essere revocata in qualsiasi momento con una comunicazione scritta da inviare all'Amministrazione di appartenenza ed a questo Sindacato con effetto della revoca dal primo giorno del mese successivo dal ricevimento della stessa.

Documento di riconoscimento: \_\_\_\_\_

(carta identità-patente-passaporto)

rilasciato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ da \_\_\_\_\_ scade il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

....., lì ..... **FIRMA** \_\_\_\_\_