



Regioni Autonomie Locali
Sede Provinciale Palermo - Sicilia
Via M.se di Villabianca, 4 – 90143
TEL. 0916262871 Fax 091.846.60.30

e mail: palermo@csasicilia.it sito: 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 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 0,85% 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° 13954 coord, bancarie n° H01005 – 04603 – IBAN IBAN IT04V0100504603000000013954 intestato a FIADEL 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 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 _____

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

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

rilasciato il ____/____/____ da _____

scade il ____/____/____

Con osservanza

Data _____

Firma _____

Delega Iscrizione Comuni altre province