

**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
PEC: 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
PEC: csapalermo@pec.net

Tessera n. _____

Copia ad uso interno

Oggetto: Delega di adesione Sindacale a CSA Regioni Autonomie Locali

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.

....., li

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;
....., li**FIRMA** _____

Tessera n. _____

DELEGA PER TRATTENUTA SINDACALE*

Al _____

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

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, per i dipendenti, ed autorizza, ai sensi delle vigenti norme, l'ufficio amministrante il proprio stipendio a ritenere mensilmente, per 13 mensilità e con decorrenza immediata lo **1,00 %** sulla retribuzione lorda (comprensiva di tutte le voci stipendiali) effettuando l'accreditto di tale somma sul **c/c Banca Nazionale del Lavoro, Via Libertà, 68 PALERMO Filiale n. 3 IBAN: IT95H0100504603000000010726 - intestato a: FIADEL**.

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 ____/____/____

....., li **FIRMA** _____**Da compilarsi in duplice copia, una per l'Ente di servizio, una per il sindacato*