



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**

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** \_\_\_\_\_



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. \_\_\_\_

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'accredito 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;

**E' 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** \_\_\_\_\_

**\*Da compilarsi in duplice copia, una per l'Ente di servizio, una per il sindacato**