



Regioni Autonomie Locali
(Dipartimento Tecnici)

Spett. Amministrazione
la/il sottoscritta/o dipendente di codesta Amministrazione
CODICE FISCALE
indirizzo Prov CAP
Recapito telefonico cellulare e-mail

Dichiara

di voler aderire al **CSA Regioni Autonomie Locali** ed autorizza, ai sensi delle norme contrattuali, il datore di lavoro ad effettuare la ritenuta mensile, come sotto specificatamente indicato, con decorrenza immediata.

Si conferma di autorizzare la ritenuta dello **0,7% *(mensile)** per **n.12 mensilità** e si dichiara che la stessa dovrà essere versata al **CSA** sul seguente IBAN:

COORDINATE BANCARIE EUROPEE (IBAN)																							
PAESE	CHECK DIGIT	COORDINATE BANCARIE NAZIONALI (BBAN)																					
		CIN	ABI					CAB				NUMERO CONTO CORRENTE											
IT	27	W	0	6	1	7	5	0	1	4	0	2	0	0	0	0	0	8	9	6	1	8	0

*suscettibile di eventuali adeguamenti che verranno comunque comunicati tempestivamente

Firma

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

Copia per Sindacato

