



Regioni Autonomie Locali (Dipartimento Tecnici)

Spett. Amministrazione
la/il sottoscritto/a dipendente di codesta Amministrazione
CODICE FISCALE
indirizzo Prov CAP
Recapito telefonico cellulare e-mail
Categoria.....Profilo.....

con la presente aderisce al **CSA Regioni Autonomie Locali** ed autorizza, ai sensi delle norme contrattuali vigenti, il datore di lavoro ad effettuare la ritenuta mensile dello **0,7%*** per n.**12 mensilità** e si dichiara che la stessa dovrà essere versata al **CSA** sul seguente IBAN:

*suscettibile di eventuali adeguamenti che verranno comunque comunicati tempestivamente

COORDINATE BANCARIE EUROPEE (IBAN)																								
PAESE	CHECK DIGIT	COORDINATE BANCARIE NAZIONALI (BBAN)																						
		CIN	ABI					CAB				NUMERO CONTO CORRENTE												
IT	67	G	0	3	0	3	2	0	1	4	0	1	0	1	0	0	0	0	7	4	8	1	5	7

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

REVOCA con la presente ogni eventuale precedente iscrizione.

Firma

CONSENSO AI SENSI DEL REGOLAMENTO UE 679/2016

- presta il consenso** **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;
- presta il consenso** **non presta il consenso** per l'invio di comunicazioni promozionali dei servizi/attività da CSA e ANTEL;
- presta il consenso** **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 e ANTEL nonché enti, società, associazioni promosse e/o collegate e/o collaterali CSA:

Data

Firma

Copia per Sindacato