



**Regioni Autonomie Locali
Sede Provinciale Palermo**

Via Marchese di Villabianca, 4- cap 90143 TEL. 0916262871- FAX 0918486030

E mail : palermo@csasicilia.it - sito www.csasicilia.it

Spett. Amministrazione REGIONE SICILIANA - DIPARTIMENTO FUNZIONE PUBBLICA E
E DEL PERSONALE - SERVIZIO 7° - VIALE DELLA REGIONE
SICILIANA N. 2194 - 90135 PALERMO

_____ sottoscritt _____
(cognome e nome)

nato/a _____ (_____) il ____/____/____

domiciliato in _____ Prov. _____ via _____

N° _____ CAP _____ e-mail _____ @ _____

Cell _____ Tel/Fax _____

in servizio presso il Settore _____ CAT _____

dichiara di aderire al CSA Regioni e Autonomie Locali ed autorizza, ai sensi delle norme contrattuali, il datore di lavoro a ritenere mensilmente, per tredici mensilità e con decorrenza immediata la somma di € 11,00 effettuando l'accredito di tale somma sul **c/c bancario n° 10726 - IBAN IT95H010050460300000010726 intestato a FIADEL c/o BNL Via Libertà Palermo.**

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.

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 d'identità - patente - passaporto)

rilasciato il ____/____/____ da _____

Scade il ____/____/____

Data _____ Firma _____

Spett.le Amm.ne Regione Siciliana - Dip. Funzione
Pubblica e del personale - Servizio 7°
Viale della Regione Siciliana, n. 2194 -
90135 Palermo.

Alla Organizzazione Sindacale _____

Il sottoscritto _____ dipendente di codesta
(cognome e nome)

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 d'identità - patente - passaporto)

rilasciato il ____/____/____ da _____

Scade il ____/____/____

Con osservanza

Data _____

Firma _____