



Dipartimento
Polizia Locale

CSA

Regioni Autonomie Locali

Numero
Individuale

Spett.le **Amministrazione** _____

Uff. _____

Oggetto: **RILASCIO DELEGA PER ADESIONE AL SINDACATO.**

____sottoscritt_____

domiciliat__in_____Prov_____

Via_____n._____CAP_____

e-mail_____cell_____

dipendente di_____

U.O. , Gruppo – Reparto_____

In qualità di_____ CAT_____ Numero Matricola

dichiara di aderire al "CSA Regioni Autonomie Locali" ed autorizza, ai sensi delle vigenti norme, il datore di lavoro a ritenere mensilmente, per 12 mensilità e con decorrenza immediata, lo 0,70 % sulla retribuzione lorda (comprensiva di tutte le voci stipendiali).

data_____ firma_____

Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30/6/2003 n.196, acconsente al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statuari e la loro comunicazione al datore di lavoro per gli adempimenti previsti dalla legge e dai contratti.

Inoltre, chiede che l'accredito della ritenuta mensile sia effettuato sul c/c intestato a:

CSA ex O.S.Po.L. - IBAN: IT 60 H 01030 03207 000002698721 -

data_____ firma_____