



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 l'Amministrazione