



**CSE SANITA'**  
**Federazione Professioni Sanitarie, Sociali, Tecniche e Amministrative**

Via Piave 61 - 00187 ROMA \* tel. 06/42000358 – fax: 06/42010628  
sito internet: www.cse.cc – e-mail: csesanita@cse.cc

**All'Amministrazione**

Spett.le \_\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

in servizio presso l'Azienda/Ente/Amm. \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ Comparto \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_

**dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità** e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze, ai sensi dell'art. 170 della L. 312/80 e dell'art.1 del CCNQ 08/02/1996 in materia di contributi sindacali, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile pari **allo 0,60% dell'importo dello stipendio base e dell'indennità integrativa speciale conglobata, (inclusa la 13ma mensilità) e con decorrenza:** \_\_\_\_\_.

Riconosce alla CSE Sanità la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura. Il sottoscritto dichiara che la presente delega potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta.

Gli importi mensili trattenuti vanno accreditati sul **C/C bancario UBI Banca - Codice IBAN IT24R031110325000000011307**, intestato al **S.U.N.A.S. - CSE Sanità**, Via Aniene,14 – 00198 Roma – tel. 06/42010899 – cell. 345-4661267, codice fiscale n° 96157020585 – [sunas.nazionale@gmail.com](mailto:sunas.nazionale@gmail.com).

Avendo ricevuto dalla CSE Sanità l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della CSE Sanità e, quindi, anche per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione sindacale comunicati agli Enti interessati ed all'Ente amministrante le proprie competenze, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla adesione alla CSE Sanità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



**CSE SANITA'**  
**Federazione Professioni Sanitarie, Sociali, Tecniche e Amministrative**

Via Piave 61 - 00187 ROMA \* tel. 06/42000358 – fax: 06/42010628  
sito internet: www.cse.cc – e-mail: csesanita@cse.cc

**Al Collegio Nazionale di Presidenza CSE Sanità**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

nato/a a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

residente a \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Cellulare \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

in servizio presso l'Azienda/Ente/Amm. \_\_\_\_\_

sede \_\_\_\_\_ Comparto \_\_\_\_\_

Qualifica \_\_\_\_\_ Tel. Ufficio \_\_\_\_\_

Fax \_\_\_\_\_

**dichiara con la presente di aderire alla CSE Sanità** e pertanto rilascia delega all'ufficio amministrante le proprie competenze, ai sensi dell'art. 170 della L. 312/80 e dell'art.1 del CCNQ 08/02/1996 in materia di contributi sindacali, ad effettuare la trattenuta del contributo sindacale mensile pari **allo 0,60% dell'importo dello stipendio base e dell'indennità integrativa speciale conglobata, (inclusa la 13ma mensilità) e con decorrenza:** \_\_\_\_\_.

Riconosce alla CSE Sanità la facoltà di variare in futuro la misura suindicata del contributo sindacale ed in tal caso la presente delega si intende tacitamente confermata per la nuova misura. Il sottoscritto dichiara che la presente delega potrà essere revocata in qualsiasi momento con effetto dal primo giorno del mese successivo alla relativa richiesta.

Gli importi mensili trattenuti vanno accreditati sul **C/C bancario UBI Banca - Codice IBAN IT24R031110325000000011307**, intestato al **S.U.N.A.S. - CSE Sanità**, intestato al **S.U.N.A.S.**, Via Aniene, 14 – 00198 Roma – tel. 06/42010899 – cell. 345-4661267 – [sunas.nazionale@gmail.com](mailto:sunas.nazionale@gmail.com).

Avendo ricevuto dalla CSE Sanità l'informativa sull'utilizzazione dei dati personali, ai sensi dell'art. 13 del d. lgs. 30 giugno 2003, n. 196, il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della CSE Sanità e, quindi, anche per quanto concerne i dati riguardanti l'iscrizione sindacale comunicati agli Enti interessati ed all'Ente amministrante le proprie competenze, al quale, parimenti, consente il trattamento degli stessi per i fini istituzionali e per gli adempimenti degli obblighi previsti dalla legge e dalla adesione alla CSE Sanità.

Data \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_



PRESENTATORE \_\_\_\_\_