

Alla Ragioneria Territoriale dello Stato

di \_\_\_\_\_

La/Il sottoscritt..... nat.... il .....  
(cognome e nome) (data di nascita)

a ..... Prov. ....  
(luogo di nascita) (Prov. di nascita)

codice fiscale .....

residente a ..... Provincia ..... CAP .....

via ..... Numero civico .....

Telefono ..... cell. ....

E-mail .....

Sede di servizio .....

Disciplina .....

Titolare       Incaricato

Retribuito da:

Tesoro Partita n° .....

Altro Ente, specificare .....

*Autorizza l'Amministrazione ad effettuare una trattenuta mensile sulla propria retribuzione pari allo 0,40% calcolato sull'intero imponibile a favore dell'Associazione Nazionale Docenti(AND), cui aderisce, da versarsi sul C.C.P. n. 17367871 intestato all'AND medesima, a decorrere dal .....  
Esprime il consenso previsto dagli artt.11,12,22, della Legge 675/96 relativo al trattamento, da parte dell'AND, dei dati che la/lo riguardano, per finalità istituzionali e statutarie, per come evidenziato nell'informativa depositata presso l'AND e pubblicata sul sito della stessa di cui ha preso atto.  
Tale delega si intende tacitamente rinnovata ove non venga revocata con comunicazione scritta all'AND e all'ufficio pagatore.*

Luogo e data

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma (leggibile e per esteso)

\_\_\_\_\_