

Al Direttivo C.R.A.L. ASL Chieti 02

OGGETTO: iscrizione C.R.A.L.

Il/la sottoscritto/a _____ matricola
_____ nato il _____ residente a
_____ Cap _____ in Via
_____ Prov _____ in servizio presso il
Presidio _____ nel Reparto/Servizio

CHIEDE

- di essere iscritto come socio beneficiario al C.R.A.L. ASL Chieti 02;
- di autorizzare l'Ufficio Personale al ritiro della quota mensile di € 4,9 direttamente sul cedolino stipendio;

Dichiaro/a di essere a conoscenza dello Statuto Aziendale e di accettarne le regole e le condizioni.

Prendo atto ed autorizzo il trattamento dei miei dati personali. Ai sensi dell'art. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016, i dati forniti all'atto dell'iscrizione, della registrazione e delle adesioni alle iniziative formeranno oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza. Tali dati verranno trattati esclusivamente per l'espletamento delle finalità istituzionali. In ogni momento è possibile avere accesso ai propri dati per chiederne l'annullamento o la cancellazione con richiesta scritta al Titolare, indirizzata alla Segreteria del CRAL Asl Chieti, Via dei Vestini snc, 66100 Chieti. Documento completo disponibile sul sito www.cralaslchieti.it/privacy-e-cookie-policy.html

N.B.: eventuale disdetta dovrà essere comunicata al Direttivo C.R.A.L. entro il 30 Ottobre dell'anno in corso con effetto dall'anno successivo.

Email: _____

Cellulare _____

data _____

firma
