

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 € 4,3 direttamente sul cedolino stipendio;

Dichiaro/a di essere a conoscenza dello Statuto Aziendale e di accettarne le regole e le condizioni.
Autorizzo al trattamento dei dati personali in base al Decreto legislativo n. 135/99 e disposizioni integrative della legge n.675/96, sul trattamento di dati sensibili da parte dei soggetti pubblici.

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

SPAZIO RISERVATO ALL'UFFICIO

Iscritto presentato dal socio _____

Iscrizione ricevuta il _____