

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

**OGGETTO: iscrizione C.R.A.L. ditte esterne**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_\_ a  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_ Via  
\_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_ in servizio presso la ditta \_\_\_\_\_

***CHIEDE***

- di essere iscritto come socio beneficiario al C.R.A.L. ASL Chieti 02 per l'anno \_\_\_\_\_;

Si impegna al versamento contestuale della quota di iscrizione annuale pari a € 58,80 anche tramite bonifico bancario: IBAN IT57J0103015501000000191943, banca: Mps sede di Chieti.

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](http://www.cralaslchieti.it/privacy-e-cookie-policy.html)

Email: \_\_\_\_\_

data \_\_\_\_\_

firma  
\_\_\_\_\_