



“C.R.A.L. Ospedale MONZA”

Circolo Ricreativo Aziendale Lavoratori

Via Pergolesi, 33 – 20900 MONZA

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Il sottoscritto/a _____ nata/o il _____

residente in _____ via _____ n _____

MATRICOLA _____ n. tel./cell _____

dipendente della Fondazione IRCCS Ospedale San Gerardo dei Tintori di Monza

C H I E D E

di aderire al Circolo Ricreativo Aziendale Lavoratori –Cral Ospedale Monza – firmando la presente delega valida fino a propria contraria volontà, (comunicata per iscritto) e contestualmente

A U T O R I Z Z A

lo stesso ad effettuare la trattenuta della quota associativa per l'importo che sarà fissato annualmente dal Consiglio del Cral, in occasione della retribuzione del mese di febbraio di ogni anno.

Il sottoscritto/a dichiara altresì che la presente delega:

- ha efficacia a partire dalla data della presente;
- ha validità annuale;
- si intende automaticamente rinnovata ogni anno, salvo disdetta nei modi segnalati sopra.

Data _____ Firma del richiedente _____

.....
RISERVATO ALL'UFFICIO CRAL:

TESSERA n. _____ predisposta da _____

consegnata il _____

I dati personali forniti in sede di accettazione del tesseramento saranno trattati dal Cral nel pieno rispetto delle disposizioni contenute nel d.lgs 30 giugno 2003 n.196 (recante il "codice in materia di protezione dei dati personali"), secondo le modalità e per le finalità indicate nell'informativa fornita ex art. 13 del Codice quale apposta in calce al contratto.

Circolo Ricreativo Aziendale "CRAL OSPEDALE MONZA" - sede: via Pergolesi, 33 20900 Monza MB

- cod. fiscale 85004050150 - tel. 039.233.9500/9501 - e-mail: cral.monza@asst-monza.it

sito web: <https://cralospedalemonzasg.it/>

✂-----

PER RICEVUTA 1. QUOTA ASSOCIATIVA € _____ MATRICOLA _____

Monza, _____

FIRMA CRAL