



## Domanda di Iscrizione

### Al Consiglio del C.R.A.L. Dipendenti USL Prato - APS

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data e luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_

Comune \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_

Tel. Abitazione \_\_\_\_\_ Tel. Lavoro \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_

N° Matricola Aziendale \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_

### CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL C.R.A.L. Dipendenti USL 4 Prato - APS

**COME SOCIO**     Dipendente     Estar

Prato li \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

### Informativa ai sensi della legge 31.12.1996 n° 675 (Privacy)

La informiamo, ai sensi dell'art.10 della legge 31.12.1996 n° 675, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata la nostra attività. La informiamo altresì che in relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge 675 del 31.12.96.

\*\*\*\*\*

ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 10 L.675/96, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione, siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge.

In fede \_\_\_\_\_

### RISERVATO AL C.R.A.L

Tessera n° \_\_\_\_\_ data emissione \_\_\_\_\_

**Il Presidente**  
Alfredo Pettoruti



### Delega trattenuta quota sociale

Il/la sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

In servizio presso la U.O \_\_\_\_\_ con qualifica \_\_\_\_\_

Nato/a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Via/Piazza \_\_\_\_\_

N° \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ N° Matricola Aziendale \_\_\_\_\_

Autorizzo l'Amministrazione dell'ASL Toscana Centro di Prato ad effettuare sulla propria retribuzione mensile una trattenuta annuale di € \_\_\_\_\_

La presente delega, con le stesse modalità è valida anche per gli anni successivi e dichiaro che salvo revoca scritta è rinnovata automaticamente.

La trattenuta va versata sul C/C intestato al C.R.A.L Dipendenti USL Prato APS  
Iban IT55F0306921526100000003365 presso INTESA SAN PAOLO

In fede

Prato \_\_\_\_\_