



CRAL Dipendenti Roma Capitale

Modulo iscrizione socio esterno

Il/la sottoscritto/a

nato/a.....il.....e residente in

via.....n.....Cap.....

tel.....cellulare.....

e-mail.....

Chiede di potersi iscrivere quale socio esterno al Cral Dipendenti Roma Capitale pagando in quota unica per tutto l'anno in corso Euro 24,00.

La tessera, valida per tutto il nucleo familiare ha validità di un anno solare e dovrà essere rinnovata annualmente ,

presso la sede del CRAL -Via Luigi Petroselli 50 – Roma

NUCLEO FAMILIARE

1.....nato ail.....

2.....nato ail.....

3.....nato ail.....

4.....nato ail.....

5.....nato ail.....

6.....nato ail.....

7.....nato ail.....

8.....nato ail.....

Si prega di scrivere in maniera leggibile .

Data..... Firma.....

Tutela della privacy-Informativa ai sensi del D.Legs 196/2003.

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali è finalizzato unicamente allo svolgimento dei servizi offerti dal CRAL e non saranno comunicati a terzi.

CRAL Dipendenti Roma Capitale Via Luigi Petroselli. 50 - 00186 Roma

Telefono +39 06 68809216 – Fax +39 06 6869192

www.cralcomuneroma.it - C.F. 05058570580 - P.Iva 01348721000