



CRAL Dipendenti Roma Capitale APS

Modulo iscrizione dipendente comunale

Il/la sottoscritto/a
nato/a..... il e residente in
via..... n Cap.....
Num. Individuale..... tel cellulare.....
E-mail

Autorizza l'amministrazione comunale ad effettuare la ritenuta mensile di 2,00 Euro a favore del Cral Dipendenti Roma Capitale.

La trattenuta della quota è valida per tutto il nucleo familiare.

L'iscrizione avrà durata l'intero anno solare e sarà soggetta a rinnovo automatico salvo non intervenga disdetta nei termini previsti.

NUCLEO FAMILIARE

- 1..... nato a il.....
- 2..... nato a..... il.....
- 3..... nato a il.....
- 4..... nato a..... il.....
- 5..... nato a il.....
- 6..... nato a..... il.....
- 7..... nato a..... il.....
- 8..... nato a..... il.....

Si prega di scrivere in maniera leggibile .

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

Tutela della privacy-Informativa ai sensi del D.Lgs 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 – APS Via Luigi Petroselli. 50 - 00186 Roma

Telefono +39 06 68809216 – Fax +39 06 6869192

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