

MODULO DI TESSERAMENTO CRAL

Quota associativa anno

- € 6,00 – dipendenti
 € 6,00 – familiari dei dipendenti (coniugi, genitori, fratelli, figli maggiorenni)
 € 10,00 – aggregati

SCRIVERE CHIARAMENTE E IN STAMPATELLO

Cognome* Nome*

Giunta regionale Consiglio regionale Altro Ente

Specificare Direzione, Servizio, Ufficio, ecc:

Indirizzo: per i Dipendenti, segnalare l'indirizzo della Direzione. Per i Familiari e gli Aggregati, segnalare l'indirizzo della propria abitazione.

Via Civico

CAP Comune Prov

Tel. uff* Cell* Casa*

Email (solo per chi non riceve già la newsletter Info Cral)

.....

N. tessera

I dati personali forniti in sede di accettazione del tesseramento saranno trattati dal Cral Regione Lombardia 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 di contratto.

* CAMPI OBBLIGATORI

Data Firma