



Il/la sottoscritt _____ nat _____

a _____ il _____ residente a _____

via _____ matricola _____ tel _____

Indirizzo E-mail _____

in servizio presso il reparto di _____ con la presente

ESPRIME

La propria volontà a far parte del C. R. A. L. Azienda Sanitaria Provinciale - TRAPANI, in qualità di **SOCIO ORDINARIO**. Inoltre autorizza l'Azienda Ospedaliera a trattenere, mensilmente, dalla sua retribuzione la somma di Euro 6,50 quale quota sociale e dichiara di accettare integralmente lo statuto. Contestualmente autorizza la trattenuta (solo per il primo mese) di Euro 7,75 a titolo di quota d'iscrizione.

TRAPANI, li _____

in fede

AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(Artt. 13 E 23 del Decreto legislativo n. 196/2003)

AUTORIZZA

ai sensi e per gli effetti degli articoli 13 e 23 del decreto legislativo n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali a seguito della medesima segnalazione inoltrata.

in fede

TRAPANI li _____

=====
Copia per il Segretario

COMPONENTI DEL NUCLEO FAMILIARE

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____

COGNOME E NOME _____ DATA DI NASCITA _____