



DELEGA DI ADESIONE

CIRCOLO DIPENDENTI SANITA' OVEST VERONESE

SPAZIO RISERVATO AL CIRCOLO

N° TESSERA	DATA BONIFICO	REFERENTE	BANDA OTTICA
			TIT.
			CON.

Il sottoscritto/a _____ n° matricola _____
nato/a il _____ coniugato/a con _____ nato/a il _____
residente in Via _____
CAP _____ Comune _____ Provincia (_____)
Tel. _____ mail: _____

(MAIL PERSONALE SCRITTA IN CHIARO IN STAMPATELLO)

CHIEDE

L'ISCRIZIONE AL CIRCOLO DIPENDENTI SANITA' OVEST VERONESE - AULSS 9 SCALIGERA

DICHIARA

di lavorare presso AULSS9 in qualità di:

DIPENDENTE

COLLABORATORE

PENSIONATO

Sede di lavoro: _____

Qualifica: _____

ALLEGA

- Fototessera
- Copia del bonifico di € 25,00 (venticinque)
Intestato a: CIRCOLO DIPENDENTI SANITA' OVEST VERONESE
IBAN: IT 30 K 05034 59960 0000 0000 2421
Causale bonifico: COGNOME, NOME nato il ...
Causale bonifico x rinnovo: n° TESSERA, COGNOME, NOME
- Per i collaboratori esterni DICHIARAZIONE dell'AZIENDA SCALIGERA in cui opera attestante il lavoro svolto

AUTORIZZA

l'amministrazione dell'AULSS9 ad operare, per gli anni futuri, il prelievo dalla propria 13^a mensilità della quota di rinnovo per l'adesione al CIRCOLO. COLLABORATORI e PENSIONATI devono provvedere al rinnovo tramite bonifico entro il 31/12 di ogni anno

al trattamento dei dati personali contenuti nel presente modulo ai sensi del REGOLAMENTO UE 2016/679 (GDPR) e della normativa vigente.

Data _____

In fede

(firma leggibile)