



Il sottoscritto

Nato/a a _____ il ____ / ____ / ____

Residente a

Via/Piazza	N°
------------	----

Tel. _____ E-mail: _____

[illegible]

- ☐ Pensionato ex dipendente dei Servizi o strutture
 - ☐ Familiare del dipendente _____
 - ☐ Cittadino che ne condivide lo statuto

CHIEDE

al consiglio Direttivo del C.R.A.L. dei presidi Ospedalieri di Garbagnate Milanese e Bollate di essere iscritto come socio per l'anno 20_____.

Contestualmente:

- ☐ Versa direttamente, per contanti, la quota associativa dovuta per l'iscrizione pari a **EURO** _____, _____.

Il Delegato C.R.A.L.

Firma leggibile del Socio

Data, ____/____/20____

"Per maggiori informazioni circa il trattamento dei dati personali, si rimanda, integralmente, alla relativa informativa ex art. 13 del GDPR del CRAL".