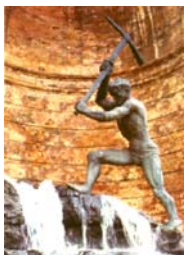


**CIRCOLO DIPENDENTI AZIENDA OSPEDALIERA "PUGLIESE- CIACCIO "**  
**CATANZARO**



**DELEGA DI TRATTENUTA QUOTA ASSOCIATIVA**

Il/la sottoscritt \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_

Il \_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ cell. \_\_\_\_\_

matricola n° \_\_\_\_\_ documento d'identità \_\_\_\_\_ in servizio presso AOPC

di Catanzaro ufficio/struttura: \_\_\_\_\_ telefono n° \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere ammesso in qualità di Socio \_\_\_\_\_ ORDINARIO; \_\_\_\_\_ SOSTENITORE; \_\_\_\_\_ FAMILIARE;  
\_\_\_\_\_ AGGREGATO.

Si impegna a versare la quota iniziale di iscrizione e la quota associativa tramite:

- *Trattenuta mensile, delegando l'Amministrazione Aziendale ad effettuare l'addebito in busta paga.*

Quote associative:	☒ Quota Iscrizione	euro 4
	☒ Socio Ordinario	euro 2 ( mensile )
	☒ Socio Sostenitore	euro 6 ( mensile )
	☒ Socio Familiare	euro 2 ( mensile )
	☒ Socio Aggregato	euro 3,70 ( mensile )

Catanzaro li, \_\_\_\_\_

firma leggibile \_\_\_\_\_

Il sottoscritto – ai sensi dell'art. ii della legge 675/96 – presta consenso a che i dati personali vengano conservati dal Cral Aziendale. La utilizzazione degli stessi dovrà avvenire esclusivamente per finalità statutarie o di comunicazione iniziative del Cral Aziendale, con l'esclusione di qualsiasi diffusione o comunicazione a soggetti terzi se non con il mio espresso consenso( art. 20 1° comma lett. A della legge )

firma leggibile \_\_\_\_\_

tessera n° \_\_\_\_\_