



Cral dipendenti usl prato

C.R.A.L.

DIPENDENTI AZIENDA U.S.L. PRATO

Piazza Dell'Ospedale 5, 59100 Prato

Email: cralusprato@virgilio.it

www.craldipendentiuslprato.it

Email certificata: cralusprato@pec.it

Domanda di Iscrizione

Al Presidente del C.R.A.L. Dipendenti USL Prato

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di Nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Comune _____ Provincia _____ Cap _____

Tel. Abitazione _____ Tel. Lavoro _____ Cell. _____

E-Mail _____ Matricola Aziendale _____

CHIEDE DI ESSERE ISCRITTO AL C.R.A.L. Dipendenti USL 4 Prato

Come socio Dipendente Estav

(I)se familiare convivente indicare il nome del Dipendente _____

Prato li _____ Firma _____

Informativa ai sensi della legge 31.12.1996 n° 675 (Privacy)

La informiamo, ai sensi dell'art.10 della legge 31.12.1996 n° 675, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, che i dati da Lei forniti, potranno formare oggetto di trattamento, nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata la nostra attività. La informiamo altresì che in relazione ai predetti trattamenti Lei potrà esercitare i diritti di cui all'art. 13 della legge 675 del 31.12.96.

ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei miei dati personali ai sensi dell'art. 10 L.675/96, consento al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari. Consento anche che i dati riguardanti l'iscrizione, siano comunicati al datore di lavoro e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge.

In fede

RISERVATO AL C.R.A.L

Tessera n° _____ data emissione _____

Il Presidente
Alfredo Pettoruti



C.R.A.L.

DIPENDENTI AZIENDA U.S.L. PRATO

Piazza Dell'Ospedale 5, 59100 Prato

Email: cralusprato@virgilio.it

www.craldipendentiusprato.it

Email certificata: cralusprato@pec.it



Cral dipendenti usl prato

Delega trattenuta quota sociale

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

In servizio presso la U.O _____ con qualifica _____

Nato/a _____ il _____ Provincia _____

Residente in _____ Via/Piazza _____

N° _____ Prov. _____

Autorizzo l'Amministrazione dell'Azienda U.S.L Toscana Centro ad effettuare sulla propria retribuzione una trattenuta annuale di € _____

La presente delega, con le stesse modalità è valida anche per gli anni successivi e dichiaro che salvo revoca scritta è rinnovata automaticamente.

La trattenuta va versata sul C/C intestato al C.R.A.L Dipendenti USL Prato
Iban **IT55 F030 6921 5261 0000 0003 365** presso la **Banca banca Intesa Sanpaolo Spa** Agenzia Galciana Via I. Lungo 12 59100 Prato

In fede

Prato _____