



Revoca Iscrizione

Al Consiglio del C.R.A.L. Dipendenti USL Prato – APS

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di Nascita _____

Codice Fiscale _____

Indirizzo _____

Comune _____ Provincia _____ Cap _____

Cell. _____ N° Matricola Aziendale _____

E-Mail _____

CHIEDE

- La cancellazione della propria iscrizione al AL C.R.A.L. Dipendenti USL 4 Prato – APS
- Che non venga più trattenuta la quota annuale sulla propria busta paga

Per quanto sopra si impegna a restituire la propria tessera associativa al momento della presentazione della presente richiesta di disdetta

Luogo e data

Il richiedente
