



Domanda di 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 _____

Tel. Abitazione _____ Tel. Lavoro _____ Cell. _____

N° Matricola Aziendale _____ E-Mail _____

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

COME SOCIO ESTAV ARPAT **(1) PERSONALE DITTE E ASSOCIAZIONI**

(1) Personale ditte/associazioni che hanno rapporti di lavoro con l'Azienda USL Toscana Centro ambito Prato

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