



A.S.S.T.

**C.R.A.L. SANITÀ**  
VALTELLINA E ALTO LARIO

ISCRIZIONE C.R.A.L. SANITÀ  
VALTELLINA E ALTO LARIO

Il/La sottoscritto/a.....nato/a il.....  
residente.....via.....n.....  
dipendente c/o il Presidio di..... SC/SS.....  
matricola n..... indirizzo e-mail.....

**CHIEDE**

di essere iscritto al C.R.A.L.

L'iscrizione si intende tacitamente rinnovata di anno in anno.  
La revoca, in forma scritta, dovrà essere inoltrata al

Presidente del C.R.A.L.  
Ufficio Trattamento Economico – entro il 31 dicembre

DATA.....

IN FEDE.....  
(firma del dipendente)

n. tessera Cral.....

n. Assocral.....

Il/La sottoscritto/a.....ai sensi dell'articolo 10/11 del D.lgs. 196/2003

**DICHIARA**

di prestare liberamente il proprio consenso al trattamento dei dati personali per tutte le attività afferenti al CRAL Aziendale.

DATA.....

IN FEDE.....