

DOMANDA RISERVATA AI DIPENDENTI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

dipendente dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni Battista di Torino – matricola n. _____

in servizio presso (reparto) _____ residente in _____

Via _____ n. _____ C.A.P. _____

tel. abitazione _____ interno ufficio _____

Indirizzo E-mail: _____

DOMANDA RISERVATA AI NON DIPENDENTI DELL'AZIENDA OSPEDALIERA

Il/La sottoscritto/a _____

nato a _____ il _____

Residente in _____ Via _____ n. _____

Tel. abitazione _____ E-Mail: _____

di autorizzare l'addebito della quota associativa nel cedolino paga alle condizioni sotto specificate

di non autorizzare l'addebito della quota associativa sul cedolino paga, ma di versarla direttamente per contanti alla segreteria del C.R.A.L.

FIRMA _____

FIRMA _____

nel chiedere

l'iscrizione presso il C.R.A.L. Aziendale San Giovanni- Molinette - Via Santena, 1 – Torino

dichiara

di aver preso atto di quanto sancito nello Statuto Sociale e nel Regolamento Interno e di accettare incondizionatamente quanto in essi sancito;

dichiara inoltre

Di autorizzare (solo per i dipendenti) la Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera a trattenere dal cedolino paga del mese di gennaio, di ogni anno, la quota associativa annuale come stabilito dall'Assemblea Straordinaria dei Soci, comunque per un importo non superiore a 15 euro (diconsi quindici EURO), che dovrà essere versata al C.R.A.L. San Giovanni. Di prendere atto che delega di riscossione si intende tacitamente rinnovata alla scadenza annuale, ove non venga revocata entro il 30 OTTOBRE dell'anno in corso, previa comunicazione scritta.

Di prendere atto che la quota associativa non subirà alcun mutamento nel corso dell'anno di riferimento;

DATA _____

FIRMA _____

Il sottoscritto chiede inoltre l'iscrizione dei seguenti familiari:

COGNOME-NOME	REL. DI PARENTELA	LUOGO DI NASCITA	DATA DI NASCITA	RESIDENZA SE DIVERSA