



10126 Torino – Piazza Polonia 94  
part. I.V.A. 07410990019  
www.cral-oirmsantanna.it  
E -mail : craloirmsantanna@libero.it  
Fax. 011/3135014 dect 011/3131789

**ISCRIZIONE PRESSO IL C.R.A.L. O.I.R.M. – S. ANNA / C.T.O. M.ADELAIDE  
PIAZZA POLONIA N. 94 TORINO**

NUMERO TESSERA \_\_\_\_\_

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ (prov.) \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ ( ) Via \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ C.A.P. \_\_\_\_\_

Tel. Cellulare: \_\_\_\_\_ Indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_

Dipendente dell'Azienda Ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino – matricola n° \_\_\_\_\_

Non dipendenti ordinario

Pensionato

Non dipendente aggregato

**DICHIARA**

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

**dichiara inoltre**

di autorizzare ( solo per i dipendenti ) la Direzione Generale dell'Azienda Ospedaliera a trattenere in busta paga del mese di Gennaio di ogni anno, la quota associativa annuale come stabilito dal Consiglio Direttivo, per un importo di **12,00 euro (Dodici/00) annue**. I non dipendenti e/o pensionati dovranno versare la quota direttamente in segreteria del C.R.A.L. **Si riserva uno sconto del 20% sul totale delle quote associative nel caso in cui la famiglia sia composta da almeno 3 componenti. I minori (0-18 anni) non pagano la tessera. La tessera avrà la durata di un anno solare.**

Il tesseramento e la relativa quota associativa si intendono tacitamente rinnovati annualmente. L'eventuale revoca deve essere comunicata previa comunicazione scritta alla segreteria del CRAL entro e non oltre il **30 OTTOBRE** dell'anno in corso.

La quota associativa non subirà alcun mutamento nel corso dell'anno di riferimento, eventuali variazioni che decorreranno dall'anno solare successivo, saranno comunicate tramite documento esposto presso le varie bacheche del CRAL

**Data:**-----

**Firma:--X**-----

**Si autorizza l'addebito della quota associativa sulla busta paga a favore del C.R.A.L.**

**Data:** \_\_\_\_\_

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Di essere a conoscenza che, ai sensi del D. Lgs. 196/2003 " Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali", con la presente richiesta fornisce il consenso al trattamento dei dati personali per finalità relative a servizi prestati dal C.R.A.L. O.I.R.M. S.ANNA - C.T.O/M.ADELAIDE**

**Data:** \_\_\_\_\_

**Firma:- X** \_\_\_\_\_

**Il tesseramento e la relativa quota associativa si intendono tacitamente rinnovati annualmente.**

**Data :** \_\_\_\_\_

**Firma : \_ X** \_\_\_\_\_

**Il Presidente del C.R.A.L.  
Savino Lucatorto**