



C.R.A.L. ORBASSANO Domanda di Iscrizione

al Presidente del C.R.A.L. ORBASSANO

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Data e luogo di Nascita _____

Codice Fiscale _____

Domicilio _____

Comune _____ Provincia _____ Cap _____

Tel. Abitazione _____ Tel. Lavoro _____ Cell. _____

E-Mail _____

CHIEDE DI ESSRE ISCRITTO AL C.R.A.L. ORBASSANO

Come Socio Dipendente (1) Familiare Pensionato (2) Socio Aggregato

(1) se familiare convivente indicare il nome del Lavoratore _____

(2) se Socio Aggregato indicare il nome del Socio Presentatore _____

Orbassano lì _____ Firma _____

Ai sensi D. Lgs 196 del 30/06/2003 autorizzo il CRAL al trattamento dei miei dati personali

Firma _____

Riservato al CRAL

Tessera n° _____ data emissione _____

Il Presidente