



Circolo Ricreativo Aziendale Lavoratori
Via Nissolina, 2 - BRENO

NUMERO TESSERA

RISERVATO AL CRAL

TESSERAMENTO CRAL SANITA'
ANNO _____

N.B. Si chiede cortesemente di compilare il modulo di iscrizione in ogni sua parte, per facilitare il lavoro di archiviazione, in caso contrario la richiesta non sarà evasa. Grazie.

TITOLARE: **Rinnovo** **Nuovo** **Euro 20.00**
Con bollino

COGNOME _____ NOME _____ TEL _____

SEDE DI LAVORO _____ UO _____

DIPENDENTE ASST-ATS DIPENDENTE RSA convenzionato ASST-ATS PENSIONATO ex ASL

ALTRO: cooperative convenzionate Asl
medici di base
studenti Scienze Infermieristiche
volontari regolarmente certificati

Consenso Privacy

Io sottoscritto preso atto del contenuto dell'informativa di cui all'art. 13 del d.lsg. n° 196 del 30-06-2003 – “Nuovo codice in materia di protezione dei dati personali” – ed ai sensi e per gli effetti degli artt. 23 e 81 del menzionato decreto legislativo, esprimo liberamente il mio consenso al trattamento, secondo le modalità e per gli scopi comunicatomi, dei dati personali – sensibili e non – da me forniti o che fornirò o che comunque verranno acquisiti dal CRAL Sanità Vallecamonica relativamente a tutte le prestazioni che dalla stessa mi saranno erogate nel corso del rapporto

Data _____

Firma

Se FAMILIARE:

- A** CONIUGE /CONVIVENTE del titolare
- B** FIGLIO/A del titolare
- C** GENITORE del titolare
- D** SUOCERO/A del titolare
- E** FRATELLO/SORELLA del titolare
- F** COGNATO/A da fratello/sorella titolare
- G** NIPOTE figlio di fratello /sorella
- H** NUORA/ GENERO del titolare

Familiare:

tipologia/ cognome/nome

TESSERA N°

<input type="checkbox"/> _____	R <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euro 10,00 -----
<input type="checkbox"/> _____	R <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euro 10,00 -----
<input type="checkbox"/> _____	R <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euro 10,00 -----
<input type="checkbox"/> _____	R <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euro 10,00 -----
<input type="checkbox"/> _____	R <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euro 10,00 -----
<input type="checkbox"/> _____	R <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Euro 10,00 -----

Titolare/cognome/ nome

_____ **R** **N** **Euro 20,00**

Totale pagare _____