

Spett.le
CRAL UNICREDIT CT EN SR

Il/la sottoscritt.....
nat...a.....il.....
c.f.....residente a.....
via.....CAP.....
tel.....cell.....mail.....
[] in servizio presso.....(indicare indirizzo civico della sede di lavoro)
[] esodato/a
[] pensionato/a

chiede di essere iscritt.... al CRAL UNICREDIT CT EN SR con i seguenti:

Aggregati familiari:

cognome e nome	c.f.	grado di parentela	data nascita	mail
.....
.....
.....
.....

Aggregati NON familiari:

cognome e nome	c.f.	grado di parentela	data nascita	mail
.....
.....

Quota associativa annua socio dipendente/esodato: euro 10,00;
Quota associativa annua pensionato: euro 10,00;
Quota associativa annua socio aggregato maggiorenne appartenente al nucleo familiare: euro 5,00; Quota associativa annua socio aggregato maggiorenne non appartenente al nucleo familiare: euro 35,00.

Ogni singolo aderente (dipendente, esodato, pensionato, aggregato familiare e/o non familiare) è consapevole che per il perfezionamento dell'iscrizione sono condizioni necessarie:

- la sottoscrizione della presente richiesta di iscrizione;
- la sottoscrizione dell'INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO E LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI; - l'esecuzione del bonifico delle somme dovute, da effettuare sull'IBAN IT30J0200816918000300109586, intestato "CRAL UNICREDIT CT".

Resta a cura di ogni singolo aderente, con facoltà per il dipendente/esodato/pensionato di farlo anche per gli aggregati familiari e non familiari sottoscriventi il presente modulo, fornire copia della documentazione di cui sopra anche a mezzo e-mail all'indirizzo: cral.unicredit.ct@gmail.com.

Ogni singolo aderente dichiara, inoltre, con la sottoscrizione della presente richiesta di iscrizione, di aver preso visione dello Statuto del Cral Unicredit CT.

Data.....

Firme di tutti gli aderenti maggiorenni

.....
.....
.....
.....