**APS**

 **Modulo iscrizione dipendente comunale**

Il/la sottoscritto/a …………………………………………………………………………………..

nato/a………………… il ………… e residente in …………………………………………….

via………………………………………………………………………….. n …… Cap……..…….

Num. Individuale........................ tel ……………………… cellulare……………………………

E-mail ………………………………………………………………………..

Autorizza l’amministrazione comunale ad effettuare la ritenuta mensile di 2,00 Euro a favore del Cral Dipendenti Roma Capitale.

La trattenuta della quota è valida per tutto il nucleo familiare.

L’iscrizione avrà durata l’intero anno solare e sarà soggetta a rinnovo automatico salvo non intervenga disdetta nei termini previsti.

**NUCLEO FAMILIARE**

1…………………………………………nato a …………………il………………..

2…………………………………………nato a………………….il………………..

3…………………………………………nato a …………………il……………….

4…………………………………………nato a………………….il……………….

5…………………………………………nato a …………………il……………….

6…………………………………………nato a………………….il……………….

7…………………………………………nato a………………….il……………….

8…………………………………………nato a………………….il………………..

**Si prega di scrivere in maniera leggibile .**

Data……………………………….. Firma……………………………..

**Tutela della privacy-Informativa ai sensi del D.Lgs 196/2003.**

La informiamo che il trattamento dei suoi dati personali è finalizzato unicamente allo svolgimento dei servizi offerti dal CRAL e non saranno comunicati a terzi.