



**CRAL DEGLI OPERATORI
SOCIO SANITARI DEL
RHODENSE**

MODULO D'ISCRIZIONE CRAL ANNO 2021

Si prega di scrivere in stampatello e leggibile

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e restituito entro il

31/03/2021

RHO: presso sede Cral (se presente incaricato) o imbucando il modulo nella cassetta lettere posizionata all'ingresso della sede

PASSIRANA: presso Portineria Emanuele Re Depaolini- Centro Alzheimer Maria Nisticò

GARBAGNATE: presso Catizone Graziella

Il sottoscritto _____

Numero di matricola _____

In servizio presso* _____

* (Presidio U.O. reparto o servizio)

CHIEDE

IL TESSERAMENTO AL CRAL PER L'ANNO 2021

In fede

Autorizzo l'Amministrazione dell'Ente ad effettuare sulla busta paga la trattenuta della quota d'iscrizione prevista in € 25.

In fede

Rho, _____

N° cellulare (se desideri ricevere comunicazioni su whatsapp) _____

Il CRAL declina qualsiasi responsabilità per eventuali incidenti durante lo svolgimento di qualsiasi iniziativa organizzata e comunica che durante tali iniziative, potranno essere eseguite riprese video-fotografiche che potrebbero coinvolgerti

Firma per Accettazione seguente modulo
