



**CRAL DEGLI OPERATORI  
SOCIO SANITARI DEL  
RHODENSE**

**MODULO D'ISCRIZIONE CRAL ANNO 2020**  
**Si prega di scrivere in stampatello e leggibile**

Il presente modulo deve essere compilato in ogni sua parte e restituito entro il  
**7 FEBBRAIO 2020**

**RHO:** presso Laboratorio Grassini Roberta.- D.H. Oncologico Dellavedova Alessandra-  
Centro Trasfusionale Canella Antonella

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

**GARBAGNATE:** presso Ufficio Assunzioni Graziella Catizone

Il sottoscritto \_\_\_\_\_

Matricola \_\_\_\_\_ Presidio /U.O. \_\_\_\_\_

Mail \_\_\_\_\_

(la mail indicata sarà considerato l'unico contatto utilizzato per l'invio di ogni informazione o contatto col CRAL)

**CHIEDE**

**IL TESSERAMENTO AL CRAL PER L'ANNO 2020**

Rho, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

Rho, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

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

Rho, \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_