

Quota associativa anno _____

- € 8,00 – dipendenti
- € 8,00 – familiari di dipendenti regionali
(CONIUGI–GENITORI– FRATELLI– FIGLI MAGGIORENNI)
- € 12,00 – aggregati

SCRIVERE CHIARAMENTE E IN STAMPATELLO

Cognome* _____ Nome* _____

Giunta Consiglio Regionale Altro Ente

Per i Dipendenti, segnalare l'indirizzo della sede di Lavoro.

Per i Familiari e gli Aggregati, segnalare l'indirizzo della propria abitazione.

Via _____ N° _____ cap _____ Città _____

Tel uff* _____ Cellulare * _____

e-mail (solo per chi non riceve già le newsletter CRAL)

LUOGO E DATA DI NASCITA _____

CODICE FISCALE _____

N° TESSERA _____

* CAMPI OBBLIGATORI

I dati personali comunicati in occasione della domanda di iscrizione saranno trattati dal Cral Regione Lombardia per lo svolgimento delle proprie finalità statutarie, in ottemperanza a quanto previsto dal Regolamento Europeo sulla protezione dei dati personali 2016/679, dal Decreto legislativo n. 196/2003 e dal D.lgs 10 agosto 2018, in merito alla protezione dei dati personali.

Data _____

Firma _____

Piazza Città di Lombardia 1 (Nucleo 1 – 1° piano, stanza AZ 48) – 20124 Milano
Tel. 02/6765.4008 – 4845

Sito: <https://cralregionelombardia.com/> - E-mail: info_cral@regione.lombardia.it
IBAN: IT67 D056 9601 7980 0005 3007 X56 Intestato a: CRAL Regione Lombardia