



ISCRIZIONI ANNO 2024

<input type="checkbox"/>	quota individuale	€ 10,00
<input type="checkbox"/>	socio + 1 familiare	€ 15,00
<input type="checkbox"/>	socio + 2 familiari	€ 20,00
<input type="checkbox"/>	socio + 3 familiari	€ 25,00

I sottoscritti, CHIEDONO di essere iscritti come SOCI per l'**ANNO 2024**
al CRAL OSPEDALE DI TREVIGLIO-CARAVAGGIO

D= Dipendente; **P=** Pensionato ; **F=** Familiare ; **S=** Simpatizzante /// **Nuovo Iscritto = N** **Rinnovo = R**

- **Allego fotocopia documento identità (SOLO per Nuovi Iscritti)**
- **per familiari si intendono marito – moglie – figli – conviventi**

DATI SENSIBILI:

ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo per l'iscrizione al CRAL , **AUTORIZZA** il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della iscrizione inoltrata.

Autorizzo inoltre la pubblicazione sul Sito del Cral di eventuali fotografie degli eventi.

Firma