



Circolo Ricreativo tra Dipendenti
Unità Sanitaria Locale n. 9

MODULO ISCRIZIONE VIAGGI SOCI DIPENDENTI/PENSIONATI

Il/la sottoscritto/a _____
residente a _____ via _____ n. _____ CAP _____
Tel. _____ Cell. _____ e-mail _____
Matricola _____ Reparto _____

Dichiara

Di aver preso visione delle norme che regolano l'organizzazione dei viaggi, di accettarle e di approvarle.

Familiare partecipanti: _____

Camera: Singola Matrimoniale Due Letti _____
Assicurazione annullamento viaggio

Per il viaggio/gita a _____

Versa un acconto di € _____

e si impegna a versare il saldo

direttamente in segreteria entro il _____

autorizzando la Trattenuta dallo stipendio in n. _____ rate.

Data _____ Firma _____

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

In osservanza a quanto disposto dal 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.