

FEDERAZIONE DEI PRECARI DELLA SANITA' CAMPANA

MODULO DI RICHIESTA DI AMMISSIONE
COME SOCIO – 2010

DATA	LUOGO

TRATTAMENTO DEI DATI : (contrassegnare casella e firmare per accettazione)		
<input type="checkbox"/>	Ho letto l'informativa e do il consenso alla raccolta ed al trattamento dei miei dati personali.	Firma per accettazione

ACCETTAZIONE STATUTO : (contrassegnare casella e firmare per accettazione)		
<input type="checkbox"/>	Ho preso visione dello Statuto dell'Associazione e lo accetto integralmente.	Firma per accettazione

DICHIARAZIONE STATO SERVIZIO : (contrassegnare casella e firmare)		
<input type="checkbox"/>	SONO TITOLARE O SONO STATO TITOLARE DI UN CONTRATTO DI NATURA LAVORATIVA CON UN ENTE DEL SERVIZIO SANITARIO DELLA REGIONE CAMPANIA	Firma del dichiarante

QUOTA ASSOCIATIVA (contrassegnare casella e firmare per accettazione)		
<input type="checkbox"/>	Accetto di versare come quota associativa per l'anno 2010 € 20.00 entro 10 giorni dall'avvenuta accettazione dell'istanza.	Firma per accettazione

DATI ASPIRANTE SOCIO:				
Nome:		Cognome:		Codice Fiscale:
Professione:		Luogo di nascita:		Data di nascita:
Indirizzo:		C.A.P.:	Città:	Provincia:
Telefono:	Cellulare:	Fax:	E-mail:	
Azienda Sanitaria con la quale si ha il contratto o si è avuto il contratto:				

Chiede di essere iscritto all'Associazione :
Federazione dei precari della Sanità Campana

FIRMA

Data ricevimento richiesta:

Data ricezione quota associativa:

Domanda accettata il:

Numero assegnato al Socio: