



# Circolo Ricreativo Aziendale Lavoratori

Dipendenti Azienda Usi 12 di Viareggio

c/o Ospedale Versilia - Via Aurelia 335 - Lido di Camaiore  
Telefono: 0584-6055399 E-Mail: cral@usi12.toscana.it

Lido di Camaiore, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Al Presidente del CRAL Azienda USL 12 Viareggio

**C/o OSPEDALE VERSILIA**

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

dipendente dell'Azienda USL 12 di Viareggio, Matricola n° \_\_\_\_\_ Badge n° \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

in Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

cell. \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_

Indirizzo E-mail: \_\_\_\_\_

Sede/Reparto: \_\_\_\_\_ Tel. ufficio \_\_\_\_\_

chiede l'iscrizione al Circolo ricreativo aziendale alla data del \_\_\_\_\_ in qualità di:

☐ **SOCIO DIPENDENTE**

☐ **SOCIO DIPENDENTE CON FAMILIARE <sup>1</sup>**

Il sottoscritto nel richiedere l'iscrizione prende atto che il socio è tenuto al pagamento della quota sociale, al rispetto dello Statuto e del regolamento interno, ad osservare le deliberazioni degli organi sociali, nonché a mantenere irrepreensibile condotta civile e morale all'interno della sede e durante ogni attività del CRAL. Il SOCIO risponderà nei confronti del CRAL per i comportamenti tenuti dai soci familiari.

Ai sensi della d.lgvo 196/03 ti rammentiamo l'esistenza dei diritti che la legge stessa riserva ai titolari dei dati personali e, in particolare, del diritto di verifica e di richiedere la cancellazione. Con la compilazione della presente scheda, acconsenti alla raccolta dei dati forniti e alla loro comunicazione ad associazioni aventi gli stessi scopi sociali del CRAL, al fine di poter ricevere informazioni e offerte per la partecipazione ad iniziative che rientrino tra quelle previste dallo statuto sociale.

Il Sottoscritto **dipendente dell'Azienda USL 12 Viareggio**, In qualità di SOCIO del CRAL Azienda USL 12 Viareggio ed in base a quanto previsto dallo Statuto del CRAL autorizza l'Amministrazione dell'Azienda USL 12 Viareggio ad effettuare, ogni mese, la ritenuta sulla propria retribuzione per l'importo di un dodicesimo della quota annuale di iscrizione al CRAL.

La suddetta ritenuta potrà essere effettuata dal mese di: \_\_\_\_\_ anno \_\_\_\_\_

attualmente stabilita in € 1,00 mensili potrà essere modificata da apposita assemblea straordinaria dei soci CRAL.

L'autorizzazione ha validità annuale e si rinnova tacitamente di anno in anno salvo revoca scritta da trasmettere all'amministrazione entro il mese di ottobre di ogni anno.

IL DIPENDENTE

\_\_\_\_\_

**Il presidente CRAL Azienda USL 12 Viareggio Irene Veneziano prende atto dell'autorizzazione alla ritenuta e ne richiede l'accredito sul Conto Corrente del CRAL. IBAN IT50X0335901600100000066688.**

IL PRESIDENTE

**Irene Veneziano**

1. *in base a quanto previsto dallo statuto un componente del nucleo familiare o un convivente del socio potrà partecipare alle iniziative promosse dal cral con gli stessi benefici.*