

**DOMANDA DI AMMISSIONE A SOCIO NEL
CIRCOLO AZIENDALE OSPEDALIERI DI MANTOVA**

CON SEDE C/O ASST – Viale Albertoni 1 Mantova

MANTOVA li _____

Conferma adesione con Ricevuta n. _____ (da compilare da parte del CAO)

In data

IL/La Sottoscritto/a Cognome e Nome

Chiedo di far parte al **Circolo Aziendale Ospedalieri di Mantova** in qualità di

DIPENDENTE ASST n. matricola Reparto.....

E di rispettarne le regole come da Statuto

Nato a..... **il**

Indirizzo: c.a.p. **Comune**

Via

N. Telefono

E mail :

Firma richiedente _____

Consenso al trattamento dei dati ai sensi dell'art. 13 del Regolamento Europeo denominato "GDPR – General Data Protection Regulation" già D. Lgs 2016/679 per la tutela sulla privacy, si dichiara che i dati su esposti non saranno divulgati esternamente ma esclusivamente per l'invio di notizie inerenti l'attività del Circolo.

 SI NO

Acconsento alla trattenuta della quota associativa direttamente sulla busta paga

L'adesione può essere revocata in qualsiasi momento

Firma _____