

Al Consiglio Direttivo CRAL RAP PALERMO

Mail: cralrap@libero.it Pec: cralrap@pec.it

OGGETTO: richiesta adesione al CRAL Rap Palermo - Trattenuta quota sociale

IL\LA SOTTOSCRITTO\A COGNOME _____ NOME _____ MATR. _____
NATO\A A _____ IL ____ \ ____ \ ____ QUALIFICA _____
IN SERVIZIO PRESSO _____
RESIDENTE A _____ VIA\PIAZZA _____
TELEFONO _____ EMAIL _____
PEC _____

LETTO E ACCETTATO LO STATUTO ED IL REGOLAMENTO, ADERISCE AL "CRAL RAP PALERMO" ED AUTORIZZA LA RAP S.p.A. A TRATTENERE QUALE QUOTA SOCIALE LA SOMMA DI € 6,00 MENSILI SULLO STIPENDIO RELATIVO ALLE 12 MENSILITA' (n. 9 per il 2023), CON LE MODALITA' DI CUI ALL'ART. 3 DEL REGOLAMENTO.

LA PRESENTE DELEGA SI INTENDE VALIDA PER TUTTO L'ANNO IN CORSO.

IL SOTTOSCRITTO E' CONSAPEVOLE CHE, SE ENTRO IL 30 NOVEMBRE DI OGNI ANNO NON PRESENTERA' ESPLICITA DOMANDA DI DISDETTA, L'ISCRIZIONE SI RITERRA' TACITAMENTE RINNOVATA.

IN CASO DI REVOCA ANTICIPATA, LE RESTANTI MENSILITA' DELL'ANNO VERRANNO ADDEBITATE MEDIANTE TRATTENUTE NELLE RELATIVE BUSTE PAGA.

Ricevuta l'informativa sull'utilizzo dei propri dati personali ai sensi del D. Lgs. n 196/2003 e GDPR UE 2016/679 e successive modificazioni e/o integrazioni, il sottoscritto consente al loro trattamento nella misura necessaria per il proseguimento degli scopi statutari. Consente, anche, che i dati riguardanti l'iscrizione al Cral Rap Palermo, siano comunicati al datore di lavoro ed agli enti previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento degli obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

SI ALLEGA COPIA DEL DOCUMENTO DI RICONOSCIMENTO (carta di identità o patente di guida).

PALERMO LI' _____

FIRMATO
