

All'Organismo Sociale del Personale ASL Roma G

All'Amministrazione della ASL Roma G

Via Acquaregna n°1/15 - 00019 Tivoli

Il sottoscritto/a

nato/a il a sesso

è domiciliato/a via

CAP tel. Titoli di studio

in servizio presso (Azienda/Ente)

Sede di Lavoro

Reparto o Servizio matricola

dal, con la qualifica di

livello retributivo telefono di lavoro

avanza domanda al consiglio direttivo dell'Organismo Sociale del Personale ASL Roma G per assumere la qualifica di socio effettivo.

Il sottoscritto con la presente inoltre:

Autorizza l'Amministrazione della ASL Roma G ad effettuare sulla propria retribuzione, la trattenuta mensile della quota associativa di €.....

Ricevuta l'informativa sull'utilizzazione dei propri dati personali ai sensi del Decreto Legge N. 196/03, consente al loro trattamento nella misura necessaria per il perseguimento degli scopi statutari.

Consente anche che i dati riguardanti l'iscrizione all'organismo sociale del personale ASL Roma G, siano comunicati al datore di lavoro e agli Enti previdenziali e da questi trattati nella misura necessaria all'adempimento di obblighi previsti dalla legge, dai contratti e dalle convenzioni.

Il sottoscritto chiede infine che l'importo mensile trattenutogli, sia versato all'organismo sociale del personale della ASL Roma G entro 10 giorni dalla effettuazione della ritenuta, con modalità indicate dall'organismo stesso.

....., li

.....
(Firma leggibile)