

CRAL

LA CASSA DI RAVENNA APS



SCHEDA DI ADESIONE

(inviare 1 originale all'UFFICIO PERSONALE e 1 originale al CRAL)

Io sottoscritto

Nato a

il

Residente a

CAP

In Via

Codice Fiscale

Telefono Casa

Cellulare

e-Mail

Filiale/Conto/Cin numerico di addebito

assegnato all'Ufficio/Filiale

assunto a tempo determinato/indeterminato

CHIEDO

Di essere iscritto al CRAL La Cassa di Ravenna APS, previo versamento della quota di iscrizione, così come specificato negli articoli 4, 5 e 6 dello Statuto approvato con modifiche referendarie del dicembre 2020. Dichiaro inoltre di approvare e rispettare in toto lo Statuto suddetto.

L'adesione si intende valida per un anno, e tacitamente confermata, salvo mia rinuncia che dovrà pervenire al CRAL suddetto prima dell'inizio dell'anno di riferimento.

Autorizzo pertanto il CRAL a trattenere la quota d'adesione dal conto corrente sopra citato.

Data _____

Firma _____