

**Oggetto: richiesta autorizzazione per socio Aggregato (non dipendente)**  
**(Da compilare solo se lavori nelle strutture dell’Ospedale di Ravenna)**

**TESSERA CRALD € 10,00**

**TESSERA MARE € 60,00**

NOME \_\_\_\_\_ COGNOME \_\_\_\_\_

Data di nascita \_\_\_\_\_ Luogo di nascita \_\_\_\_\_

C.F.: \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Indirizzo Via \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Prov \_\_\_\_\_

Datore e Luogo di lavoro: \_\_\_\_\_

**Motivo richiesta tessera :** .....

.....

Ai sensi degli artt.13 e 14 del Regolamento UE 2016/679 in materia di protezione dei dati personali (“GDPR”) dichiaro di esprimere il consenso al trattamento dei dati per le finalità associative.

Dichiaro di aver ricevuto l’informtativa sulle modalità di Trattamento dei dati personali e il loro utilizzo – art.13 GDPR nonchè le modalità di accesso, revoca e cancellazione dei dati.

Data \_\_\_\_\_

Firma  \_\_\_\_\_

Impossibilitato al ritiro delego il Sig. \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il giorno \_\_\_\_\_ In fede \_\_\_\_\_

Si allega copia del documento di riconoscimento.

**N.B: Il delegato per il ritiro dovrà esibire copia del proprio documento**

**Riservato al Crald**

Ha diritto:

SI

NO

Il Presidente \_\_\_\_\_