

Oggetto: richiesta tessera Anno 2025

☐ **TESSERA CRALD € 10,00**

☐ **TESSERA MARE € 70,00**

NOME _____ COGNOME _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

C.F.: _____ Tel. _____

E-mail _____

Indirizzo Via _____ Cap _____ Prov _____

Reparto di lavoro: _____ Numero matricola _____

SEDE di ☐ RAVENNA ☐ CERVIA ☐ RUSSI

Dipendente AUSL:

- ☐ a tempo indeterminato ☐ a tempo determinato dal _____ al _____
☐ pensionato AUSL dall'anno _____ ☐ altro _____

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 nonché 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 Comitato Esecutivo.

Per presa visione:

Firma della Segreteria _____

CRALD AUSL di Ravenna

Sede legale e operativa V.le Randi, 5 - 48121 Ravenna
Sede sociale Tel e Fax 0544/285809 www.craldausl.ra.it mail: info@craldausl.ra.it