

RIMBORSO ABBONAMENTI TEATRI 2010-2011

IL DIPENDENTE _____

CID _____ Settore Gas ___ / El. ___ / Dir. ___ Direzione funzione _____

Sede di lavoro _____ Tel. uff. _____

Indirizzo _____ Tel. casa _____ Cell. _____

IL PENSIONATO _____ n. tessera _____

Indirizzo _____ Tel. casa _____

RICHIESTA DI RIMBORSO PER IL TEARO _____

1. Socio Effettivo/ Straordinario _Sig./Sig.ra _____

2. Socio Aggregato _Sig./Sig.ra _____

ALLEGARE FOTOCOPIA DELL'ABBONAMENTO NOMINATIVO.

Data _____ Firma _____

COORDINATE BANCARIE: (Obbligatorie)

BANCA: _____

C/C _____ IBAN _____

CAB _____ ABI _____ CIN _____

IL MODULO DEVE ESSERE CONSEGNATO ENTRO E NON OLTRE IL 29.10.10

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (DLGS 196/03)

IL/LA SOTTOSCRITTO/A _____

IN QUALITA' DI SOCIO EFFETTIVO ___ STRAORDINARIO ___

Acquisita l'informazione fornita ai sensi della legge 196/03, autorizza il CRAEM a trattare i dati personali sopra indicati per tutto ciò che è necessario alle finalità per le quali sono stati rilasciati, oltre che per l'aggiornamento dell'anagrafica dei soci del CRAEM, compresa la comunicazione degli stessi a tutti i soggetti interni ed esterni al CRAEM, che concorrono alla realizzazione di dette finalità nonché in esecuzione d' obblighi di legge e regolamentari, esclusa qualsiasi altra utilizzazione.

Data _____

Firma del socio _____

Firma dell'incaricato CRAEM _____