



**MODULO ISCRIZIONE
(socio dipendente)**

Il/La sottoscritto/a

Nato o/ail

Residente in Via.....n.....

C.F.

telefono.....

E-mail.....

Dipendente USL Umbria 2 Terni

Matricola.....

Dipendente Azienda Ospedaliera "S.Maria" Terni

Matricola.....

chiede iscrizione al Circolo Dopolavoro Sanità Terni in qualità di socio ORDINARIO

autorizza il Circolo Dopolavoro Sanità Terni ad effettuare la ritenuta mensile dalla busta paga di € 2,50 a partire dal mese di:anno.....

(iscrizione tacitamente rinnovabile di anno in anno)

Lì.....

Firma.....