

ALLA SEGRETERIA DEL CRAL DEL COMUNE DI MONZA

TESSERAMENTO ANNUALE SOCI AGGREGATI ANNO

Il/La sottoscritto/a

COGNOME

NOME

RESIDENTE A

C.A.P.

IN VIA

Tel.

E-MAIL

DATA DI NASCITA

LUOGO DI NASCITA

**CHIEDE**

di associarsi al C.R.A.L. del Comune di Monza per l'anno

e versa la relativa

quota di € 10,00.

Autorizzo il trattamento dei miei dati personali per i soli fini statutari del Circolo ai sensi del D.Lgs. 106/03

DATA

FIRMA