



Alla Segreteria del CRAL INPS Direzione Generale
Via Ciri il Grande, 21 - 00144 Roma
E-mail: cralinpsdg@inps.it

MODULO PER SOCI PENSIONATI / AGGREGATI

1. DATI DEL RICHIEDENTE

NOME

COGNOME

CODICE FISCALE

E-MAIL

TELEFONO / CELLULARE

2. RICHIESTA DI ISCRIZIONE

Il/La sottoscritto/a chiede l'iscrizione al CRAL INPS Direzione Generale in qualità di:

- ☐ Socio dipendente non della Direzione Generale
- ☐ Socio pensionato
- ☐ Socio familiare di dipendente / pensionato / esterno
- ☐ Socio esterno

QUOTA ASSOCIATIVA E MODALITÀ DI VERSAMENTO

Verso la somma di euro 24,00 (ventiquattro) a mezzo bonifico bancario sul conto corrente intestato a:

C.R.A.L. I.N.P.S. DIREZIONE GENERALE

BANCA DI CREDITO COOPERATIVO DI ROMA SCRL - Filiale AG. 15

IBAN: IT 87 Y08327 032100 00000001873

Causale: Iscrizione come socio aggregato/pensionato

- ☐ Confermo la richiesta di iscrizione e la qualità di socio sopra indicata.

Alla Segreteria del CRAL INPS Direzione Generale
Via Ciro il Grande, 21 - 00144 Roma
E-mail: cralinpsdg@inps.it

pagina 2 di 2

MODULO PER SOCI PENSIONATI / AGGREGATI

3. DICHIARAZIONI, PRIVACY E SOTTOSCRIZIONE

Dichiaro di conoscere e accettare le norme dello Statuto sociale e dei regolamenti interni.

☐ Confermo la dichiarazione relativa allo Statuto e ai regolamenti interni.

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I dati personali inseriti nel presente modulo saranno trattati esclusivamente per la gestione dell'iscrizione al CRAL e del rapporto associativo, ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679. Il trattamento avviene con modalità cartacee ed elettroniche e con adeguate misure di sicurezza. Titolare del trattamento: CRAL INPS Direzione Generale - cralinpsdg@inps.it.

☐ Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali.

LUOGO

DATA

FIRMA DEL RICHIEDENTE

Il campo firma consente l'inserimento di testo. Per la firma autografa, stampare il modulo.

Allegare copia del bonifico quando si trasmette l'iscrizione alla Segreteria del CRAL.