

Tessera Socio n. _____

Anno _____

Al Presidente del
CRAL Comune di Verona ETS
Piazza Bra, 1
37121 – VERONA

Oggetto: **Richiesta tesseramento FAMILIARI al CRAL Comune di Verona ETS**

Il sottoscritto socio _____ residente a _____

in Via _____ n. _____, (C.A.P.) _____

cell. _____ e-mail _____

CHIEDE

Il rilascio della tessera CRAL al costo di **€ 10,00 cad.** per i seguenti familiari.

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in Via _____

n. _____, (C.A.P.) _____

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in Via _____

n. _____, (C.A.P.) _____

Cognome Nome _____ nato a _____

il _____ Codice Fiscale _____

residente a _____ in Via _____

n. _____, (C.A.P.) _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE

Dichiara di essere informato, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.10 della Legge 675/1996 che i dati personali raccolti saranno trattati, anche con strumenti informatici, esclusivamente nell'ambito del procedimento per il quale la presente dichiarazione viene resa.

Verona, lì _____

Firma _____