

*All' Associazione CENTRONOVE APS
Circolo Aziendale
San Vito al Tagliamento*

DOMANDA DI ISCRIZIONE A SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE CENTRONOVE

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ cap. _____

in via _____ n. _____ tel. _____/_____

e-mail _____

dipendente presso l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale (ASFO)

reparto/servizio _____ Sede di _____

chiede l'iscrizione a socio dell'Associazione Centronove APS.- circolo aziendale, e versa la quota sociale

pari a € 1,03 mensili.

Chiede inoltre che le informazioni sulle attività organizzate dal Centronove siano inviate a mezzo posta elettronica.

Data _____

Firma _____

Spett. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE

Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

Pordenone

TRATTENUTA SULLO STIPENDIO DELLA QUOTA SOCIO DELL'ASSOCIAZIONE CENTRONOVE

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ cap. _____

in via _____ n. _____ tel. _____/_____

dipendente presso l'Azienda Sanitaria Friuli Occidentale

reparto/servizio _____ sede di _____

chiede a Codesta Amm.ne di procedere alla trattenuta mensile di € 1,03 sulla retribuzione di ogni

mese (per 12 mesi) a favore dell'Associazione CENTRONOVE APS – Circolo Aziendale di San Vito.

Data _____

Firma _____