



ASSOCIAZIONE DIPENDENTI

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' APS

Via del Castro Laurenziano n. 25

00161 Roma

MODULO ISCRIZIONE DIPENDENTI ISS

TESSERA N°

IL SOTTOSCRITTO/A

NATO/A A **IL**

TELEFONO INTERNO **CELL**

EMAIL

CHIEDE

al Direttivo dell'Associazione dei Dipendenti dell'Istituto Superiore di Sanità A P S - l'iscrizione in qualità di socio a tempo indeterminato. Dichiara di accettare lo Statuto e autorizza l'amministrazione dell'Istituto Superiore di Sanità, ai sensi della normativa vigente, a trattenere mensilmente dalla propria retribuzione la quota mensile a favore dell'Associazione, nella misura stabilita dai competenti organi statutari, attualmente di € 2,50 mensili (per un totale di € 30,00 annuali), autorizzando ogni eventuale variazione della predetta quota, secondo quanto sarà stabilito dai competenti organi statutari del Dopolavoro ed in conformità alla normativa vigente.

Ai sensi e per gli effetti della legge n° 196/2003 e successive modificazioni, il sottoscritto autorizza l'amministrazione ISS e l'ASSOCIAZIONE DIPENDENTI ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' APS al trattamento dei dati relativi alla presente delega solo ai fini previsti dalla normativa di legge, del contratto vigente e per il perseguimento degli scopi statutari.

Autorizza in forma gratuita l'utilizzo di foto e/o video, riprese durante le attività e gli eventi organizzati dall'ASSOCIAZIONE DIPENDENTI ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' APS nelle quali venga ritratto o filmato per finalità ludiche.

L'eventuale revoca dell'iscrizione dall'ASSOCIAZIONE DIPENDENTI ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA' APS, potrà essere presentata dal socio entro il 15 Novembre e sarà attiva dal 1° gennaio dell'anno successivo, esclusivamente con la riconsegna del tesserino dell'Associazione.

Data

Firma