

**MODULO DI TRASFERIMENTO CONTRIBUTI
CIRCOLI CRAL GRUPPO HERA**

Cognome:
Nome:
Nato a: il:
Residente in Via:
Civico:
Città:
CAP:
Provincia:
Telefono abitazione:
Cellulare:
Fax:
E-mail:

Il/la sottoscritto/a, in funzione della variazione della sede di lavoro nel territorio di,

richiede il trasferimento della quota Cral prevista , al **Circolo Cral Hera di Imola – Faenza** appartenente alla struttura (Hera S.p.a. – Sot – Ecc.)

per l'anno **2019**

Si impegna a compilare apposita domanda di ammissione presso quest'ultimo.

Lì **28 / 12 / 2018**

Firma

“Con la presente autorizzo il **Circolo Gruppo Hera Imola – Faenza** al trattamento dei miei dati personali così come previsto dalla legge 675/96 ai soli fini della gestione dei tesseramenti e delle attività degli stessi”

Firma