

**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:	

TESSERAMENTO ANNO 2023

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

Firma

*Con la presente, presa conoscenza dello Statuto, dichiara, di non svolgere alcuna attività in
contrasto in concorrenza con gli scopi sociali dell'Associazione.*

Firma