FEDERAZIONE
LAVORATORI PUBBLICI
E FUNZIONI PUBBLICHE

CSE SANITÀ – Dipartimento FLP
email: csesanita@cse.cc – PEC: csesanita.flp@csepec.it
sito internet: sanita.cse.cc – tel. 06/42000358 - 06/42010899

RICHIESTA DI ADESIONE

Il/la sottoscritto/a _____

codice fiscale _____

nato/a a _____ (Prov. _____) il _____

residente in via/piazza _____ n. _____

Comune _____ (Prov. _____) CAP _____

email _____

cellulare _____ **Partita IVA** _____

Professione _____

CHIEDE L'ISCRIZIONE ALLA CSE SANITA' – DIPARTIMENTO FLP

DICHIARANDO di conoscerne e accettarne lo Statuto, nonché di essere abilitato/a all'esercizio della professione ai sensi delle norme vigenti.

Avendo preso visione dell'informativa sull'utilizzazione dei dati personali disponibile sul sito, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), il sottoscritto autorizza il trattamento degli stessi per tutte le finalità previste dallo Statuto della CSE Sanità.

Data _____ Firma _____

PRESENTATORE _____

N.B.: Il presente modulo non è valido senza contestuale trasmissione copia versamento

---

MODALITA' DI ISCRIZIONE

Versamento della quota associativa annuale di €120 (€ centoventi/00) o quota parte (con decorrenza dal mese di pagamento) di €_____ (€ _____/00) a mezzo bonifico sul c/c UNICREDIT Banca S.p.A. – Codice IBAN IT17 H020 0803 4430 0010 3726 374, intestato alla F.L.P. – Federazione Lavoratori Pubblici e Funzioni Pubbliche, via Aniene n.14 – 00198 Roma, codice fiscale n° 97172020584.

Il modello di iscrizione compilato in maniera leggibile in stampatello va inviato a iscrizioni@flp.it unitamente a copia del versamento effettuato e a un documento di identità. Tale iscrizione ha validità esclusivamente per l'anno in cui si effettua il versamento; in caso di mancato rinnovo entro gennaio dell'anno successivo si intende decaduta.