

**RICHIESTA DI ISRIZIONE/RINNOVO ASSOCIAZIONE  
CRAL INPS MILANO SEDE PROVINCIALE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a

\_\_\_\_\_ residente a \_\_\_\_\_

In Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ telefono \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

A codesto Circolo di essere ammesso/rinnovare, in qualità di socio,  
per l'anno \_\_\_\_\_ autorizzando la trattenuta mensile di € 1,29 sullo  
stipendio per la quota sociale annua di € 16,00, se socio esterno un  
versamento in unica soluzione all'atto dell'accoglimento della richiesta.  
Dichiaro di accettare le norme dello statuto di cui ho preso visione.

In Fede

Milano, \_\_\_\_\_

Si accetta

\_\_\_\_\_ Il Consiglio Direttivo

Si respinge