

Al Responsabile  
Area Risorse Umane  
**Organismo Sociale ASL Roma 2**

All' **Organismo Sociale ASL Roma 2**

Il/La sottoscritto/a ..... matricola.....

nato/a a.....prov. .... il .....

residente a ..... in via/piazza ..... n° .....

C.A.P. .... telefono lavoro ..... dipendente di questa Azienda

presso .....

con la qualifica di .....

avanza domanda di iscrizione all'Organismo Sociale ASL Roma 2 per assumere la qualifica di "Socio Effettivo".

Autorizzo pertanto l'Amministrazione ad effettuare la ritenuta mensile della quota associativa di Euro 2,00= sugli Emolumenti corrisposti.

Distinti Saluti.

Roma, .....

Firma

.....

NOTA BENE:

L'Organismo Sociale **ASL Roma 2** informa che l'eventuale cancellazione potrà essere effettuata solamente al compimento del **diciottesimo (18°)** mese dalla data dell'iscrizione (anno solare).