

**Al Responsabile U.O.C. Risorse Umane
Uff. Trattamento Economico**

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 4,00= 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).