

DOMANDA DI EROGAZIONE CONTRIBUTI PRIMA INFANZIA

Il contributo consisterà in un rimborso **MAX** di € 50,00 e verrà riconosciuto dietro la compilazione e l’invio del presente modulo tramite mail entro il 31 OTTOBRE allegando copia del pagamento della retta mensa.

maria.novellini@gruppocap.it

IL SOCIO N. TESSERA CRAL

SEDE DI LAVORO

RESIDENZA

CELL

MAIL

**IBAN**

RICHIEDE

Il contributo prima infanzia CRAL GRUPPO CAP per il/la figlio/a fiscalmente a carico.

NOME E COGNOME

DATA DI NASCITA

CODICE FISCALE

DATA **FIRMA**

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ in qualità di socio, autorizza CRAL GRUPPO CAP a trattare i dati personali sopraindicati per le finalità di rilascio. I dati della presente scheda saranno inseriti nell’archivio del CRAL GRUPPO CAP nel rispetto di quanto stabilito dal D.LGS. n. 196/03. Tali dati NON SARANNO OGGETTO di comunicazione o diffusione a terzi e potranno essere modificati in ogni momento su richiesta scritta da parte del socio.

DATA **FIRMA**