

**Spett. Amat Palermo S.p.A.
SEDE**

DOMANDA DI REVOCA ISCRIZIONE CRAL DIPENDENTI AMAT

Il/La sottoscritto/a _____

qualifica _____

matr. _____, CHIEDE la revoca dell'iscrizione quale Socio del Cral Dipendenti Amat, per interrompere la trattenuta mensile dalla propria retribuzione, a decorrere dal mese di gennaio _____

della quota associativa al Cral Dipendenti Amat.

Il/La sottoscritto/a, con la firma apposta in calce, dichiara di essere consapevole che la presente revoca deve essere presentata presso la Segreteria Generale di Amat Palermo S.p.A., entro trenta giorni dalla scadenza annuale (31/12) e che trascorso tale non sarà presa in considerazione.

Con osservanza

Data _____

(firma) _____

Il Cral Dipendenti Amat informa, ai sensi dell'art.10 della legge 31/12/1996 n. 675 e successive modificazioni, recante disposizioni a tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali, che i dati sopra indicati potranno formare oggetto di trattamento nel rispetto della normativa sopra richiamata e degli obblighi di riservatezza cui è ispirata la nostra attività.

Informa, altresì, che in relazione ai predetti trattamenti possono essere esercitati i diritti di cui all'art.13 della legge 675/96.

Data _____

(firma) _____