

**C. R. A. L. “ LA SCALA “ - Operatori della Sanità di Siena**

**Sede: Viale Bracci n .16 – Policlinico Santa Maria alle Scotte - 53100 Siena**  
**Tel/Fax: 0577 331018 Tel. int. 0577 58 6222**

**P.I. 00269940524**

---

**Al Consiglio Direttivo**  
**del C.R.A.L. “La Scala”**  
**Operatori della Sanità di Siena**

**SEDE**

Il / La sottoscritt \_\_\_\_\_  
in quiescenza come dipendente dell’ Azienda \_\_\_\_\_  
residente a \_\_\_\_\_  
in Via \_\_\_\_\_

**CHIEDE**

per l’anno \_\_\_\_\_ di essere socio di codesto C.R.A.L..

Con la presente mi impegno a versare la quota associativa di € \_\_\_\_\_ in un'unica soluzione mediante pagamento diretto.

In fede

\_\_\_\_\_