

MODULO DI CANCELLAZIONE

Il sottoscritto _____ nato a _____ (prov _____)
il ____/____/____, residente in _____ (prov._____) CAP _____,
indirizzo _____ n° ____ tel. uff.
_____/____ Tel. ab. ____/____ cell. _____
fax _____ e-mail _____ in servizio presso Comune
 Provincia di _____ matricola n° _____ con la qualifica
di _____, Numero individuale _____ dichiaro di essere
essermi cancellato quale iscritto all'Associazione **“DIPPOL – Difesa Penale Polizia Locale”**, e
di voler revocare, pertanto, la autorizzazione al prelievo della quota mensile dello stipendio, nella
misura di 6 (sei) euro per complessivi euro 72,00 annui.

Dichiaro di essere a conoscenza che la revoca dell'adesione all'Associazione, avrà efficacia dal
gennaio dell'anno successivo a quello in cui viene presentata. Ho ricevuto informativa
sull'utilizzazione di miei dati personali ai sensi dell'articolo 32 del D.Lgs. n. 196/2003 e consento
al loro trattamento nella misura necessaria.

firma

_____/____/____ _____