



# CRAL QUESTURA NAPOLI

Sede Questura Napoli via Medina ~ Caserma Iovino

E-mail [info@cralquesturanapoli.it](mailto:info@cralquesturanapoli.it) ~ [cralquestura@alice.it](mailto:cralquestura@alice.it)

Tel. 081 79 41 407 fax 0823 49 44 10 cell.338 80 33 150 - 334 91 43 802/333 50 22 363

C.F. 95073830630

## RICHIESTA DI ADESIONE

Il sottoscritto chiede l'adesione al CRAL QUESTURA NAPOLI per l'anno 2016, dichiara, inoltre, di appartenere all'Ufficio sotto contrassegnato.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> QUESTURA                         | <input type="checkbox"/> UFFICIO DI GABINETTO         |
| <input type="checkbox"/> SQUADRA MOBILE                   | <input type="checkbox"/> REPARTO MOBILE               |
| <input type="checkbox"/> PREFETTURA                       | <input type="checkbox"/> R.P.C.C.                     |
| <input type="checkbox"/> PROCURA                          | <input type="checkbox"/> PROCURA SCORTA               |
| <input type="checkbox"/> IMPIEGATI PROCURA                | <input type="checkbox"/> R.P.C.C.                     |
| <input type="checkbox"/> COMMISSARIATI                    | <input type="checkbox"/> D.I.A.                       |
| <input type="checkbox"/> SPECIALITÀ POLSTATO              | <input type="checkbox"/> ARCHIVIO GENERALE            |
| <input type="checkbox"/> DIVISIONE POLIZIA ANTICRIMINE    | <input type="checkbox"/> POLIZIA SCIENTIFICA          |
| <input type="checkbox"/> DIVISIONE PERSONALE              | <input type="checkbox"/> UFFICIO PREVENZIONE GENERALE |
| <input type="checkbox"/> DIVISIONE POLIZIA AMMINISTRATIVA | <input type="checkbox"/> UFFICIO IMMIGRAZIONE         |
| <input type="checkbox"/> UFFICIO TECNICO LOGISTICO        | <input type="checkbox"/> UFFICIO SANITARIO            |
| <input type="checkbox"/> UFFICIO AMMINISTRATIVO CONTABILE | <input type="checkbox"/> DIGOS                        |
| <input type="checkbox"/> CORPO FORESTALE DELLO STATO      | <input type="checkbox"/> REPARTO VOLO                 |
| <input type="checkbox"/> OPERAI IDRICO FORESTALI          | <input type="checkbox"/> CARABINIERI                  |
| <input type="checkbox"/> GUARDIA DI FINANZA               | <input type="checkbox"/> POLIZIA MUNICIPALE           |
| <input type="checkbox"/> POLIZIA PRIVATA                  | <input type="checkbox"/> POLIZIA PENITENZIARIA        |
| <input type="checkbox"/> CEN                              | <input type="checkbox"/> ALTRO                        |

Cognome ..... Nome .....

Qualifica ..... Data di nascita .....

Residente a ..... ( ..... ) Via .....

Tel. .... Cell. .... E-mail .....

Il sottoscritto dichiara, altresì di aver fornito i propri dati anagrafici che sono tutelati ai sensi della legge 675/969 ed autorizza a trattarli ed utilizzarli a soli fini dell'attività associativa.

AUTORIZZO L'UTILIZZO SI  NO

Data .....

Firma

Tessera N° .....

