

Data

RICHIESTA ADESIONE AL FONDO INTEGRATIVO DI ASSISTENZA SOCIALE

Compilare il modulo ed iscriversi entro il 30 novembre consegnandolo all'ufficio Fidas, presso il proprio ufficio dipartimentale o spedendo il modulo alla mail fidas@amsa.it

Cognome..... Nome

CID aziendale Reparto.....

Residente nel Comune di CAP

Via..... n.....

Tel..... cellulare.....

e-mail.....@.....

Figlio/a Nato/a il ___/___/___ Cod. Fisc.....

Figlio/a Nato/a il ___/___/___ Cod. Fisc.....

Figlio/a Nato/a il ___/___/___ Cod. Fisc.....

Figlio/a Nato/a il ___/___/___ Cod. Fisc.....

**con la presente chiede l'iscrizione al Fondo Integrativo di Assistenza Sociale
così come previsto dal Nuovo Regolamento Approvato in data 22/06/2007 e successive mdifiche.**

Dichiara di conoscere il testo dello statuto del Fondo Integrativo di Assistenza Sociale alla data di iscrizione e di condividerne modalità e finalità, QUINDI DI ACCETTARNE OGNI SUA PARTE.

Il sottoscritto/a, in calce identificato, dichiara di avere ricevuto completa informativa ai sensi dell'art. 7 del D.L-gs. 196/2003 e degli articoli dal 15 al 22 del Regolamento UE n. 2016/679 ed esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei propri dati qualificati come personali dalla citata legge, con particolare riguardo a quelli considerati sensibili nei limiti, per le finalità e per la durata precisati nell'informativa.

.....
Firma