

MODULO ISCRIZIONE

Io sottoscritto/a _____ CID _____

Indirizzo e-mail: _____ Tel. _____

Società _____ assunto/a il _____

CHIEDO

chiedo l'iscrizione ad *ALMA Il Welfare FNM per le persone per la copertura di Il Livello* (copertura completa) e delego la Società, di cui sono dipendente, ad effettuare la trattenuta del contributo associativo nei limiti e modi stabiliti dai vigenti regolamenti.

Sono a conoscenza che l'iscrizione decorrerà dal primo giorno del mese successivo al ricevimento della richiesta da parte della Segreteria di ALMA FNM.

Sono a conoscenza che l'iscrizione all'Ente per le prestazioni di I Livello previste dalla Circolare è a titolo gratuito e non è prevista la compilazione di un modulo di iscrizione.

Dichiaro di essere a conoscenza delle norme dello Statuto e del Regolamento, nonché di quelle collettive e dichiaro l'accettazione piena ed incondizionata di esse nonché delle loro successive variazioni.

Data In fede

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 - GDPR

Il sottoscritto acquisisce le informazioni fornite da ALMA FNM ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 – GDPR e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili di cui all'Art. 9 par. 1 del GDPR presta il Suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa; presta altresì, il Suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Data In fede

Sottoscrizione resa allegando fotocopia documento di identità N.

rilasciato da il

TIMBRO E FIRMA
a cura di ALMA FNM