

MODULO DIMISSIONI

Io sottoscritto/a _____ C.I.D. _____

Società _____

rassegno le dimissioni da ALMA Il Welfare FNM per le persone

Il Livello, che comporta le dimissioni anche dal II livello di Cassa Integrativa FNM

Dichiaro di essere a conoscenza delle norme dello Statuto e del Regolamento dell'Ente, nonché di quelle collettive e dichiaro l'accettazione piena e 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 acquisite le informazioni fornite da ALMA Il Welfare FNM per le persone 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