

## 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