

MODULO PER ADESIONE COLLETTIVA IL SOTTOSCRITTO ______Nome: _____ Cognome: ____ Codice Fiscale: |__|_|_|_|_|_|_|_| Sesso: M|__| F|__| Prov.: (____) Nazione: _____ ____n.:____ Indirizzo di RESIDENZA: Via/Piazza Prov.: (____) CAP: _____ _____n.:____ Indirizzo di DOMICILIO: Via/Piazza_____ _____ Prov.: (____) CAP: _____ _____ Pec: _____ Email: Cellulare: _____ Recapito telefonico: dichiara di essere consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000, in caso di mendaci dichiarazioni, falsità negli atti, uso o esibizione di atti falsi o contenenti dati non più rispondenti a verità, ai sensi dell'art. 4, commi 4 e 5, dello Statuto. COORDINATE BANCARIE Preso atto che la Mutua provvede agli accrediti esclusivamente mediante bonifico bancario, autorizza l'accredito dei rimborsi spettanti sulle coordinate IBAN di seguito indicate: Intestatario del conto Assicurarsi che il nome indicato come intestatario del conto sia scritto esattamente come risulta alla banca, in conformità alle norme attuali. Presso la Banca ___ Città/Filiale Per i bonifici internazionali è necessario indicare anche il codice SWIFT/BIC (8 o 11 caratteri alfanumerici) CASAGIT SALUTE NON SARÀ RESPONSABILE PER I MANCATI PAGAMENTI O PAGAMENTI NON ANDATI A BUON FINE, OVE I DATI BANCARI FORNITI RISULTASSERO ERRATI O NON PIÙ VALIDI. Firma _____ Il Sottoscritto, DICHIARA di aver preso visione e di conformarsi alle norme dello STATUTO, del REGOLAMENTO APPLICATIVO GENERALE e del REGOLAMENTO DEL PIANO DI ADESIONE, disponibili sul sito istituzionale.

Il Sottoscritto si impegna formalmente e sotto la propria responsabilità a comunicare immediatamente alla Mutua **l'eventuale PERDITA DEI REQUISITI** che costituiscono titolo per l'adesione come Socio Ordinario. CASAGIT SALUTE ETS provvede inoltre d'ufficio alla modifica dell'iscrizione da Socio Ordinario a quella di Socio Ordinario Convenzionato, secondo quanto stabilito dall'Art. 19, comma 2 del Regolamento Applicativo Generale.

Data	Firma	
	<u>-</u>	



RISERVATO AI GIORNALISTI DELLA PUBBLICA AMMINISTRAZIONE

Il Sottoscritto prende atto che:

- l'adesione è irrevocabile per l'intera durata del rapporto di lavoro;
- nel caso in cui il contributo annuo lordo trattenuto è inferiore al contributo minimo fissato annualmente dal Consiglio di amministrazione (disponibile sul sito istituzionale), la differenza è dovuta direttamente dal giornalista.

Data	Firma
INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DA	ATI PERSONALI
dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 https://www.casagitsalute.it/privacy-policy), e	rmativa fornita da CASAGIT SALUTE ETS ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e e successive modifiche, pubblicata sul sito istituzionale della Mutua (all'indirizzo sprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento ed alla comunicazione ili, per le finalità di cui al punto 1 a) e b) dell'informativa e nei limiti della stessa.
X ACCONSENTO	□ NON ACCONSENTO
	nso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per ricevere da Casagit ounto 1 c) dell'informativa e nei limiti della stessa.
☐ ACCONSENTO	□ NON ACCONSENTO
	nso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per eleggere a domicilio cui al punto 1 d) dell'informativa e nei limiti della stessa. Tale consenso può essere
☐ ACCONSENTO	□ NON ACCONSENTO
Data	Firma
	OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA a sola documentazione effettivamente allegata alla domanda.
PER IL GIORNALISTA	
\square Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDEN	ITITÀ
\Box Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA	
☐ CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DE	I GIORNALISTI di data non anteriore ai 3 mesi
PER LE ALTRE CATEGORIE PROFESSION	NALI
\Box Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDEN	ITITÀ
☐ Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA	