

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 DATI PERSONALI

Il Sottoscritto, avendo preso visione dell'informativa fornita da CASAGIT SALUTE ETS ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, pubblicata sul sito istituzionale della Mutua (all'indirizzo <https://www.casagitsalute.it/privacy-policy>), esprime il libero, specifico ed esplicito **consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali** ivi inclusi anche i dati sensibili, per le finalità di cui al punto 1 a) e b) dell'informativa e nei limiti della stessa.

☒ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per ricevere da Casagit Salute le comunicazioni per le finalità di cui al punto 1 c) dell'informativa e nei limiti della stessa.

☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per eleggere a **domicilio speciale l'e-mail** comunicata per le finalità di cui al punto 1 d) dell'informativa e nei limiti della stessa. Tale consenso può essere revocato in ogni momento.

☐ ACCONSENTO

☐ NON ACCONSENTO

Data _____

Firma _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Indicare con una "X" la sola documentazione effettivamente allegata alla domanda.

PER IL GIORNALISTA

☐ Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

☐ Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

☐ CERTIFICATO DI ISCRIZIONE ALL'ORDINE DEI GIORNALISTI di data non anteriore ai 3 mesi

PER LE ALTRE CATEGORIE PROFESSIONALI

☐ Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

☐ Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA