CASAGIT SALUTE

ISCRIZIONE ALL'AREA RISERVATA SOCI

ATTENZIONE: per la validità del modulo, allegare obbligatoriamente copia tessera sanitaria e documento di identità

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Data di nascita: |__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: M|__| F|__|

Email: _____

Recapito telefonico: _____ Cellulare: _____

Avendo preso visione dell'informativa fornita da CASAGIT SALUTE 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, 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.

Data _____ Firma _____