CASAGIT SALUTE

DICHIARAZIONE DATI ANAGRAFICI (Mod. DDA)

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

IL SOTTOSCRITTO

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

☐ prima comunicazione dati anagrafici

☐ variazione

☐ integrazione

Data _____ Firma _____

Per sé

Indirizzo di RESIDENZA:

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso dalla residenza):

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Email: _____

Pec: _____

Recapito telefonico: _____ Cellulare: _____

Per i seguenti familiari

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

CASAGIT SALUTE

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

Cognome: _____ Nome: _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Indirizzo di RESIDENZA: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Indirizzo di DOMICILIO: (se diverso da quello del socio titolare)

Via/Piazza_____n.:_____

Città: _____ Prov.: (___) CAP: _____

Firma per il consenso al trattamento dei dati personali: _____

(firma del familiare maggiorenne o del richiedente per figli minori)

CASAGIT SALUTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

ATTENZIONE: compilare solo in caso di prima comunicazione dei dati anagrafici

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** 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 _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ASSISTITI

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito, per brevità "Regolamento" o "RGPD")

Si può prendere visione dell'informativa della privacy all'indirizzo https://www.casagitsalute.it/privacy