CASAGIT SALUTE

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

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 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, 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 _____