

DOMANDA DI INTEGRAZIONE QUOTA MENSILE

Il/La sottoscritt.....
nat..... a(PR)..... il.....
codice fiscale.....cap..... residente in.....
via..... (PR) telefono casa.....
telefono ufficio..... Cellulare.....
E-mail.....

in qualità di socio di codesta Spett.le Cooperativa

CHIEDE

- ⇒ di poter aumentare ad € la quota mensile di cui all'art. 30 dello Statuto Sociale finalizzata al versamento del capitale sociale sottoscritto e alla costituzione del fondo sociale mutualistico;

DICHIARA

- ⇒ di mantenere i requisiti previsti dall'art. 5 dello statuto della Cooperativa in quanto dipendente presso l'Azienda
Presidio matr.
qualifica
- ⇒ di autorizzare l'Amministrazione di appartenenza a trattenere sulla propria retribuzione l'importo di € mensili (in sostituzione della precedente trattenuta di €) e riversarlo alla Cassa Mutua;

Allega copia di un documento di riconoscimento, codice fiscale e ultimo foglio paga.

Roma

In fede

RICHIESTA CONSENSO

CASSA MUTUA SANITA' REGIONE LAZIO

Società Cooperativa di Mutuo Soccorso

Via Giovanni Andrea Badoero nr 67 – 00154 ROMA

Tel 06 68805770 – 06 68805887 – Fax 06 68805771

C.F.: 80032890586

Formula di acquisizione del consenso dell'interessato

Data: _____ Luogo: _____

Nome

Cognome

Il sottoscritto interessato, acquisite le informazioni fornite dal titolare del trattamento ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. 196/2003 e successive integrazioni e modificazioni:

Consenso a trattare i dati comuni per le attività indispensabili al proseguimento del rapporto

Presta il suo consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità indicate nella suddetta informativa come necessarie per permettere al Titolare una corretta gestione del rapporto ed un congruo trattamento dei dati stessi.

Consenso al trattamento dei dati sensibili e/o giudiziari

Consapevole che il trattamento potrà riguardare alcuni dati definiti sensibili o giudiziari di cui all'art. 4 comma 1 lett. D) ed e), nonché art.26 del D.lgs. 196/2003, ed in particolare: Adesione a sindacati, Origini razziali o etniche, Stato di salute, presta il suo libero consenso al trattamento dei propri dati personali sensibili come risultante della suddetta informativa limitatamente comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Consenso a trattamenti ulteriori, non indispensabili per la continuazione del rapporto (selezionare le voci)

Presta il suo consenso al trattamento dei dati personali per le finalità facoltative sotto riportate?

[si] [no] Servizi finanziari

Presta il suo consenso alla comunicazione dei propri dati personali?

[si] [no] Enti di appartenenza lavorativa

[si] [no] Provider Internet per verifica accesso area riservata

[si] [no] Banche e istituti di credito

[si] [no] Per fini promozionali, commerciali, marketing e vendita diretta, come specificati al punto 1, lett. B) dell'informativa, ai sensi degli articoli 23 del DLgs. 196/2003 e 58 del DLgs 206/2005

Firma Leggibile: