

F.I.A.M.I. - F.I.D.A.

(Fondo Integrazione Assistenza Malattia e Infortuni - Fondo Integrativo di Assistenza)

SCHEDA ISCRIZIONE DIPENDENTE

Il/La sottoscritto/a

Nato/a a..... il..... domiciliato/a a.....

Via..... n°..... prov CAP.....

E-mail(*).....cell.(*).....

Dipendente della Società R. Aziend..... Tel. Aziendale.....

Assunto/a il..... reparto Numero fax C.P. postale interno

Stato Civile Codice Fiscale.....

Coordinate bancarie(*) CIN ABI CAB C/C

Le informazioni contrassegnate dal simbolo () sono facoltative.*

Presa visione dello Statuto e del Regolamento.

CHIEDE

L'iscrizione al **FIAMI - DIPENDENTI**.

N.B. Il sottoscritto in merito al trattamento dei dati personali, ai sensi della *Legge 196/2003*, da espressamente il **consenso** alla raccolta e al trattamento dei propri dati personali, in particolare di quelli cosiddetti "sensibili".

Ferrara,

Firma

.....

Riservato all'ufficio

Iscrizione dal mese di:

Prestazioni dal mese di:.....