CASSA DI ASSISTENZA
DIRIGENTI COOPERATIVE
DI CONSUMATORI

Spett.le
Cassa di Assistenza
Dirigenti Cooperative di Consumatori
Via Fiume, 5
50123 Firenze (FI)

MODELLO DI ADESIONE

Parte da compilare a cura del dirigente:

Io sottoscritto _____ nato a _____

il _____ domiciliato a _____ cap _____

in via _____ cod. fiscale _____

avendo preso visione dello Statuto e del Regolamento della Cassa dichiaro di accettarne i contenuti ed in specifico quelli degli articoli 4 e 5 dello Statuto e articolo 5 del Regolamento ove viene prevista la cancellazione della mia iscrizione alla Cassa in caso di mancato versamento dei contributi, trascorsi 30 giorni dalle scadenze fissate dal Consiglio di Amministrazione della stessa. Chiedo pertanto l'iscrizione alla Cassa a far data dal _____ per le seguenti coperture assicurative:

(□) CASO MORTE (□) ASSISTENZA SANITARIA (□) INFORTUNI PROF.LI INFORTUNI EXTRA PROF.LI (□) INVALIDITA' PERMANENTEDA MALATTIA

Data _____ Firma _____

Consenso al Trattamento dei Dati Personali Comuni e Particolari

Preso atto dell'informativa che mi è stata consegnata ai sensi della normativa nazionale ed europea applicabile in materia di protezione dei dati personali, con particolare riferimento al GDPR - Regolamento (UE) n. 2016/679, acconsento al trattamento dei miei dati personali di cui all'art. 9 del GDPR nonché alla loro comunicazione ed al relativo trattamento con le finalità e nei limiti illustrati nell'informativa predetta.

Data _____ Firma _____

Parte da compilare a cura del datore di lavoro:

Il datore di lavoro_____

Presa visione dello Statuto e del Regolamento della Cassa, dichiara di accettarne i contenuti ed in specifico quelli previsti nell'articolo 7 e 8 dello Statuto. Comunica inoltre che:

- Il Dirigente è stato nominato/assunto in data _____

-Ruolo rganizzativo ricoperto dal Dirigente _____

- Le prestazioni erogate dalla Cassa sono quelle indicate dal Dirigente nel presente modulo di iscrizione.

Data _____ Firma _____