

MODULO DI ISCRIZIONE DIPENDENTI

Io sottoscritto/a _____ C.I.D. _____

Telefono _____ e-mail _____

Codice Fiscale _____

Residenza: via _____

cap _____ comune _____ prov _____

Domicilio via _____ cap _____ comune _____ prov _____
(solo se diverso dalla residenza)

Società _____ assunto/a il ___/___/_____

Impianto/Residenza di servizio _____

chiedo l'iscrizione alla Cassa Integrativa di Mutuo Soccorso Ferrovie Nord Milano e delego la Società, di cui sono dipendente, ad effettuare la trattenuta del contributo associativo nei limiti e modi stabiliti dai vigenti regolamenti

Sono a conoscenza che l'iscrizione decorrerà dal primo giorno del mese successivo al ricevimento della richiesta da parte della Cassa Integrativa.

Dichiaro di essere a conoscenza delle norme dello Statuto e del Regolamento della Cassa Integrativa, nonché di quelle collettive e dichiaro l'accettazione piena ed incondizionata di esse nonché delle loro successive variazioni.

Data In fede

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
AI SENSI DEL REGOLAMENTO (UE) 679/2016 - GDPR**

Il sottoscritto acquisisce le informazioni fornite dalla Cassa Integrativa ai sensi del Regolamento (UE) 679/2016 – GDPR e consapevole, in particolare, che il trattamento riguarderà anche i dati sensibili di cui all'Art. 9 par. 1 del GDPR presta il Suo consenso per il trattamento dei dati necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa; presta altresì, il Suo consenso per la comunicazione dei dati ai soggetti indicati nell'informativa.

Data In fede

Sottoscrizione resa allegando fotocopia documento di identità N.

rilasciato da il

TIMBRO E FIRMA
a cura della Cassa Integrativa