

MODULO DIMISSIONI

Io sottoscritto/a _____ C.I.D _____

Nato/a a _____ (_____) Società _____

Dipendente

Pensionato

Rassegna le dimissioni da

II Livello, che comporta le dimissioni anche dal II livello dell'ente ALMA Il Welfare FNM per le persone

Dichiara di essere a conoscenza delle norme dello Statuto e del Regolamento della Cassa Integrativa FNM, nonché di quelle collettive e dichiaro l'accettazione piena e 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 acquisite le informazioni fornite dalla Cassa Integrativa FNM 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 FNM