



## MODULO DI ADESIONE ALLA CASSA ASSISTENZA ASSIDIM - SPESE MEDICHE

Il presente modulo deve essere restituito debitamente compilato in tutte le sue parti, anche nel caso in cui l'Assicurato non indichi alcun familiare, al Gruppo Seniores (ANLA) - Cassa Assistenza ASSIDIM - Via Lorenzo il Magnifico 1 - 50129 Firenze

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela       Coniuge/Convivente       Figlio/Figlia       Altro \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela       Coniuge/Convivente       Figlio/Figlia       Altro \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela       Coniuge/Convivente       Figlio/Figlia       Altro \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela       Coniuge/Convivente       Figlio/Figlia       Altro \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela       Coniuge/Convivente       Figlio/Figlia       Altro \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela       Coniuge/Convivente       Figlio/Figlia       Altro \_\_\_\_\_

Cognome e Nome \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
nel Comune di \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_  
grado di parentela       Coniuge/Convivente       Figlio/Figlia       Altro \_\_\_\_\_

Il sottoscritto si impegna inoltre, a comunicare tempestivamente eventuali variazioni intervenute nella composizione del suo nucleo familiare, come sopra definito.

Luogo e data \_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma leggibile \_\_\_\_\_

### Informativa ai sensi dell'Art. 13 D.Lgs 196/2003

I dati del presente modulo saranno trattati, in archivi cartacei ed elettronici, adottando tutte le misure di sicurezza previste dalla legge e non saranno comunicati né diffusi ad altri soggetti al di fuori di quelli cui l'attività si riferisce. Il conferimento dei dati personali è facoltativo, ma necessario per proseguire il rapporto con il Gruppo Seniores (ANLA).

Ai sensi dell'art. 7 D.Lgs. 196/2003 in qualunque momento potrà esercitare i suoi diritti di consultare, integrare, modificare, cancellare i suoi dati od opporsi al loro trattamento o al loro utilizzo, rivolgendosi al titolare del trattamento Gruppo Seniores (ANLA):

Autorizzo al trattamento dei dati da me forniti con il presente modulo

Firma leggibile \_\_\_\_\_