**Il Sottoscritto/a**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nome | Cognome | M F  |
|  |
| Nato a | Nato il |
|  | *\_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_* |
| Residente a | Via |
|  |  |  |
| C.A.P. | Provincia | Numero telefono (cell.) | E-mail |
|  |  |  |  |
| Codice fiscale | Settore e Livello contratto di lavoro | P.T. F:T.  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**In adempimento di quanto previsto dal CCNL - Accordo Integrativo Aziendale  del \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* **CHIEDE** di aderire ad UNICASSA "Cassa Interaziendale di Assistenza del Personale degli Enti Pubblici e Parastatali, delle Società Cooperative, di Capitali, della Piccola e Media Impresa e degli Aderenti ad Associazioni professionali", cassa di assistenza sanitaria costituita ai sensi del D.M della Salute del 31/03/2008 (G.U. N. 141 del 18 Giugno 2008) iscritta alla Anagrafe dei Fondi di Assistenza Sanitaria dal 20/04/2012 al fine di usufruire del Piano Sanitario Sanis;
* **DICHIARA** di aver ricevuto Statuto, Regolamento di UNICASSA e fascicolo informativo del Piano Sanitario Sanis;
* **SI IMPEGNA** ad osservare tutte le disposizioni contenute nello Statuto e nel Regolamento di UNICASSA.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI COMUNI E SENSIBILI.**

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto l’informativa ai sensi della L. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei dati personali sensibili nei limiti della stessa informativa.

Data \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\*\***

**DATI RELATIVI AL DATORE DI LAVORO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Denominazione impresa | N° Codice Fiscale | N° Partita IVA  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Unità produttiva | Località | Provincia  | C.A.P. |
|  |  |  |  |
| Via | N° | Telefono | Fax |
|  |  |  |  |
| Sede Legale (se diversa) | Indirizzo | Telefono | E-mail |
|  |  |  |  |
| Settore di attività | CCNL applicato |
|  | Settore commercio |
| Data  | Timbro e firma |
|  |  |