



**MODULO DI ADESIONE PER ATTIVARE
POLIZZA DI TUTELA LEGALE E COLPA GRAVE
per iscritti CSA – FIADEL**

Struttura Provinciale di _____

Ente/Datore di Lavoro _____

Cognome _____ Nome _____

data di nascita ___/___/___ luogo di nascita _____ Prov. (____)

Codice Fiscale _____ cell. _____

Mail : _____ @ _____

Categoria _____ Profilo Professionale _____

AUTORIZZA ai sensi e per gli effetti degli artt. 13 e 23 del D.Lgs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, il proprio consenso al trattamento dei dati personali forniti a seguito della segnalazione inoltrata.

Firma
