



**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

\_\_\_\_\_