



MODULO DI ISCRIZIONE

----- Datore di lavoro -----

Denominazione _____	
Indirizzo _____	Civico _____
Comune _____	Prov _____
Codice Fiscale _____	Partita IVA _____
Tipo: <input type="checkbox"/> Studio Associato <input type="checkbox"/> Società <input type="checkbox"/> Unico titolare <input type="checkbox"/> altro Area: <input type="checkbox"/> Giuridico/Economica <input type="checkbox"/> Sanitaria <input type="checkbox"/> Tecnica	
Telefono _____ / _____	Fax _____ / _____
E-mail _____ @ _____	Numero dipendenti _____

----- Dipendenti -----

1) Nome _____
Cognome _____
tel _____ / _____ cell _____ / _____ fax _____ / _____
e-mail _____ @ _____
sesto <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F tipo rapporto (tempo pieno, part time, ecc.) _____
codice fiscale: _____
nato/a a: Comune _____ Prov _____
residente a: Comune _____ Prov _____ Indirizzo _____ n. _____
data di nascita: gg _____ mm _____ aaaa _____ data di assunzione: gg _____ mm _____ aaaa _____
2) Nome _____
Cognome _____
tel _____ / _____ cell _____ / _____ fax _____ / _____
e-mail _____ @ _____
sesto <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F tipo rapporto (tempo pieno, part time, ecc.) _____
codice fiscale: _____
nato/a a: Comune _____ Prov _____
residente a: Comune _____ Prov _____ Indirizzo _____ n. _____
data di nascita: gg _____ mm _____ aaaa _____ data di assunzione: gg _____ mm _____ aaaa _____
3) Nome _____
Cognome _____
tel _____ / _____ cell _____ / _____ fax _____ / _____
e-mail _____ @ _____
sesto <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F tipo rapporto (tempo pieno, part time, ecc.) _____
codice fiscale: _____
nato/a a: Comune _____ Prov _____
residente a: Comune _____ Prov _____ Indirizzo _____ n. _____
data di nascita: gg _____ mm _____ aaaa _____ data di assunzione: gg _____ mm _____ aaaa _____

LIBERATORIA PRIVACY (D. LGS. 196/2003): I DATI RICHIESTI SONO ACQUISITI E TRATTATI IN ADEMPIMENTO DEGLI OBBLIGHI DI CUI AL DISPOSTO DELL'ART. 19 DEL CCNL STUDI PROFESSIONALI IN RELAZIONE ALL'ISTITUZIONE DELLA C.A.DI.PROF. CASSA DI ASSISTENZA SANITARIA SUPPLEMENTARE PER I DIPENDENTI DEGLI STUDI PROFESSIONALI. IL MANCATO CONFERIMENTO DEI DATI RICHIESTI COMPORTE LA IMPOSSIBILITÀ DELLA REGISTRAZIONE E DELLA CONSEQUENTE FORNITURA DEL SERVIZIO. I DATI RELATIVI AI DATORI DI LAVORO - CON ESCLUSIONE DEI DATI ANAGRAFICI RELATIVI AI DIPENDENTI - POTRANNO ESSERE COMUNICATI AD ALTRI ENTI PREVISTI DAL SUO CITATO CCNL E DAGLI STESSI TRATTATI PER IL CONSEGUIMENTO DELLE PROPRIE FINALITÀ DI ISTITUTO. GLI INTERESSATI AI SENSI DELL'ART. 7 DEL D. LGS. 196/2003 HANNO DIRITTO DI ACCEDERE AI DATI CHE LI RIGUARDANO, A MODIFICARLI E A CHIEDERE ESTRATTI DALL'ARCHIVIO INFORMATIZZATO. IL TITOLARE DEL TRATTAMENTO È C.A.DI.PROF. IL RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DATI PER C.A.DI.PROF. È IL SUO LEGALE RAPPRESENTANTE PRO TEMPORE.

DATA _____

FIRMA _____

Inviare il presente modulo e l'eventuale documentazione allegata a:

C.A.DI.PROF. Servizi Amministrativi Viale Pasteur, 65 00144 Roma oppure tramite fax allo 06.5918506