

(Modulo che l'iscritto, in caso di modifica del suo nucleo familiare e previa compilazione della parte corrispondente alla fattispecie concreta che interessa, deve consegnare alla propria Azienda, che lo trattiene)

Fattispecie n. 1

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, ANCHE SENSIBILI, DEI MINORI E DEGLI INCAPACI DI AGIRE. IL CONSENSO DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO DAL SOGGETTO CHE HA LA RAPPRESENTANZA LEGALE DEL MINORE E/O DELL'INCAPACE.

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. 30.06.2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali, anche sensibili, miei e dei miei familiari (sopra indicati) di cui ho la rappresentanza legale. Acconsento, altresì, alla comunicazione dei suddetti dati ai soggetti (anche verso tutti i paesi esteri) coinvolti nel flusso operativo e precisamente Casdic, Società di Gestione, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, come specificato in apposito elenco, che potranno trattarli per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco o di cui beneficio, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Ente di Appartenenza dell'iscritto: _____

Nome e Cognome dell'iscritto _____

Matricola dell'iscritto N. _____

Nome e Cognome del Beneficiario Incapace _____

Luogo e Data: _____

Nome e Cognome del Legale rappresentante (leggibili) _____

_____ firma

Fattispecie n. 2

CONSENSO AL TRATTAMENTO DI DATI PERSONALI, ANCHE SENSIBILI, CHE DEVE ESSERE SOTTOSCRITTO DAI BENEFICIARI MAGGIORENNI E CAPACI DI AGIRE

Ricevuta l'informativa ai sensi del d.lgs. 30.06.2003, n. 196 ("Codice in materia di protezione dei dati personali")

ACCONSENTO

al trattamento dei dati personali, anche sensibili, miei e dei miei familiari (sopra indicati) di cui ho la rappresentanza legale. Acconsento, altresì, alla comunicazione dei suddetti dati ai soggetti (anche verso tutti i paesi esteri) coinvolti nel flusso operativo e precisamente Casdic, Società di Gestione, Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Assicuratore, come specificato in apposito elenco, che potranno trattarli per la gestione e la liquidazione dei sinistri previsti nella copertura sanitaria a cui aderisco o di cui beneficio, nei limiti delle competenze dagli stessi esercitate. Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Ente di Appartenenza dell'iscritto: _____

Nome e Cognome dell'iscritto _____

Matricola dell'iscritto N. _____

Luogo e Data: _____

Nome e Cognome del beneficiario della prestazione (leggibili) _____

_____ firma