



CONTRIBUTO PER SPESE PARASANITARIE

Il/la sottoscritto/a _____

residente a _____ Prov. _____

Via _____ nr. _____

tel. _____ e-mail _____

in qualità di dipendente della ditta _____

con sede in _____ Prov. _____ Via _____ n. _____

CCNL di riferimento _____

Presenta domanda per assegnazione di contributo per spese parasanitarie non rimborsate dal Fondo Est.

A tal fine allega:

1. copia del certificato medico con la prescrizione del trattamento;
2. copia delle fatture rilasciate attestanti il pagamento della prestazione prescritta;
3. copia dell'ultimo prospetto paga.

Data _____

Firma _____

Informativa sintetica per il trattamento dei dati personali – art. 13 Reg.UE 2016/679

I suoi dati personali sono da noi trattati per comunicare con Lei ed erogare il contributo richiesto in modo conforme alla normativa vigente e alla nostra Privacy Policy. Il conferimento dei dati è facoltativo, tuttavia in mancanza di consenso al trattamento, non ci sarà possibile erogare il contributo richiesto. I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione. Potranno essere comunicati ad amministrazioni, organismi ed Enti Pubblici, in ragione di espressa disposizioni normative e a professionisti o aziende nostri fornitori o consulenti al fine di erogare il contributo richiesto e adempiere ai vigenti obblighi amministrativi, contabili, fiscali. Saranno conservati per il tempo strettamente necessario a dare esecuzione all'erogazione richiesta e, in caso di suo consenso, per i cinque anni successivi. Eventuali dati particolari (sensibili) da lei riportati saranno trattati con il consenso esplicito al trattamento di tali dati personali per una o più finalità specifiche al fine di fornire specifici beni, prestazioni o servizi, ai sensi dell'art. 9 Comma 2 lett. A del RGPD-679/2016. I dati personali non saranno oggetto di trasferimento al di fuori della UE, nel rispetto del capo V del Regolamento Europeo 679/2016. Per qualsiasi ulteriore informazione potrà rivolgersi al Titolare del Trattamento, a seconda della scelta pertinente, Ente Bilaterale del Terziario di Novara e Vco – Arona – Corso Liberazione nr. 18, oppure Ente Bilaterale del Turismo di Novara e provincia Novara – Via Paletta nr.1 e -mail entebilaterale@novaravco.it

Il/la sottoscritto/a _____ acquisisce le informazioni fornite dal titolare del trattamento, in qualità di interessato:

per la rilevazione e trattamento di dati particolari / sensibili	presta consenso	nega consenso
per la conservazione dei dati per 5 anni a partire dalla data di ricevimento	presta consenso	nega consenso

Data _____

FIRMA LEGGIBILE
