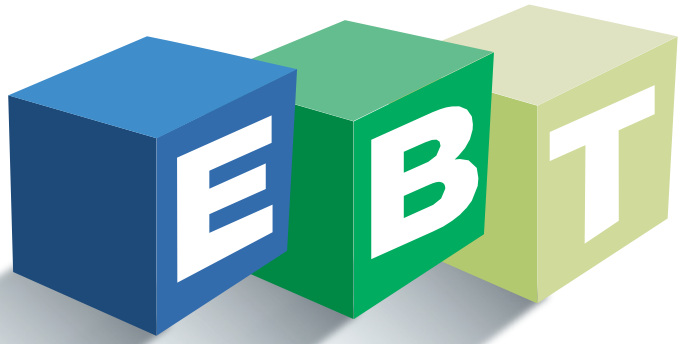


CONTRIBUTO PER SPESE PARASANITARIE

Il/ la sottoscritto _____

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 tratamento 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 tratttamento, non ci sarà possibile erogare ilconribtuo richiesto.I suoi dati personali non saranno oggetto di diffusione. Potranno essere comunicati ad amministraioni, organismi ed Enti Pubblici, in ragione di espresse disposiizini normative e a professionisti o aziende nostri fornitori o consulenti al fine di erogare il contribtuo richiesto e adempiere ai vigenti obblighi ammnistrativi, contabili, fiscali. Saranno conservati iper 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 dai personali non saranno oggetto di trasferimento al difuori 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_____acquisite le informazini fornite dal titolare del trattamento, inqualità di intressato:

per la rilevazione e trattamento di dati particolari / sensibili presta consenso nega consenso

per la conservazione dei dati per 5 anni apartire dalla data di ricevimento presta consenso nega consenso

Data ,_____ FIRMA LEGGIBILE

_____