

Il Sottoscritto, avendo preso visione dell'informativa fornita da QUIPROTECTION ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'Art. 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche, pubblicata sul sito istituzionale della Mutua, esprime il libero, specifico ed esplicito **consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali** ivi inclusi anche i dati sensibili, per le finalità di cui al punto 1 a) e b) dell'informativa e nei limiti della stessa.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento ed alla comunicazione dei dati personali, per ricevere da QUIPROTECTION le comunicazioni per le finalità di cui al punto 1 c) dell'informativa e nei limiti della stessa.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Esprime il libero, specifico ed esplicito consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali per eleggere a **domicilio speciale l'e-mail** comunicata per le finalità di cui al punto 1 d) dell'informativa e nei limiti della stessa. Tale consenso può essere revocato in ogni momento.

ACCONSENTO

NON ACCONSENTO

Data _____

Firma _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE ALLA DOMANDA

Indicare con una "X" la sola documentazione effettivamente allegata alla domanda.

LA DOMANDA NON CORREDATA DEI DOCUMENTI OBBLIGATORI DECADE DOPO 4 MESI DALLA PRESENTAZIONE DELLA STESSA SE NON OPPORTUNAMENTE INTEGRATA.

Copia fronte retro del DOCUMENTO DI IDENTITÀ

Copia fronte retro della TESSERA SANITARIA

BROKER _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI DEGLI ASSISTITI

ai sensi dell'articolo 13 del D. Lgs. 196/2003 e dell'articolo 13 del Regolamento UE 2016/679 e successive modifiche relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali (di seguito, per brevità "Regolamento" o "RGPD")