

**Spettabile
Cassa di Assistenza
WELFLIFE**

OGGETTO: Copertura assicurativa Invalidità da Malattia

Io sottoscritto/a.....

Domicilio..... CAP.....

Via.....n..... Tel.....

Azienda/Qualifica (se polizza aziendale).....

Richiedo l'attivazione della copertura in oggetto ed allego adeguata certificazione medica attestante:

- Tipo patologia
- data della prima manifestazione della malattia

Data _____ Firma _____

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del Codice Privacy, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per finalità connesse agli obblighi previsti dalla legge, contrattuali e per prestazioni assistenziali e previdenziali, mentre è necessario per il trattamento dei dati sensibili, compresi i quelli relativi allo stato di salute. Il consenso espresso riguarda anche la comunicazione a terzi come indicato nell'informativa e l'eventuale trasferimento all'estero, nei limiti indicati nella stessa.

Io sottoscritto/a

(compilare in modo leggibile)

do il consenso al trattamento ed alla comunicazione

Data _____

Firma _____

