**Scheda di Adesione** **ad HYGEIA Mutua Sanitaria Società di Mutuo Soccorso**

Il/La sottoscritto/a Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data di nascita (gg/mm/aaaa) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_\_\_\_ C.F. |\_\_||\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| sesso F |\_\_| M |\_\_|

Residente a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anche in qualità di legale rappresentante della ditta \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

con sede in\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ prov \_\_\_

indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ C.F./P.IVA\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CHIEDE**

di essere iscritto/a ad HYGEIA Mutua Sanitaria Società di Mutuo Soccorso, quale socio ordinario, e, avvalendosi di quanto disposto dagli artt. 46 e 47 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n. 445 e consapevole delle sanzioni penali di cui all’art. 76 del citato D.P.R. in caso di dichiarazioni mendaci e di formazione o uso di atti falsi,

**DICHIARA**

1. di conoscere ed accettare lo Statuto di Hygeia ed il Regolamento applicativo, assumendo, insieme ai diritti, gli obblighi conseguenti;
2. di essere consapevole che l'impegno assunto ha validità riferita all’anno solare e che non si intende tacitamente rinnovato di anno in anno;
3. di aver letto l’informativa sul "trattamento" dei propri dati personali e di aver compreso le informazioni fornite da Hygeia Mutua Sanitaria – Società di Mutuo Soccorso, in qualità di Titolare del Trattamento, ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679 e del d.lgs. n. 101 del 2018.

**Manifestazione del consenso (art. 7 Regolamento UE nr. 2016/679)**

L’interessato **dichiara** di aver ricevuto l’informativa in materia di protezione dei dati personali ai sensi dell’articolo 13, GDPR e

Acconsente

Non acconsente

al trattamento delle categorie particolari dei propri dati personali per la finalità indicata nell’informativa che precede

Acconsente

Non acconsente

al trattamento dei propri dati personali effettuato dal Titolare e dalle organizzazioni ad esso correlate per **finalità promozionali** (invio newsletter, attività promozionale anche tramite canali di comunicazione online: sito internet, web, mail marketing, newsletter, etc).

*Luogo e data* **Firma**