fisde
Fondo integrativo sanitario per i dipendenti del Gruppo Enel

modulo 14-2024

Richiesta di variazione dati anagrafici

Inviare attraverso Spazio Posta su Fisdeweb (da www.fisde.it) o con raccomandata a.r. a Fisde, Via Nizza 152, 00198 - Roma

I miei dati (dichiarante)

nome _____ **cognome** _____

nato/a a _____ **il** ____/____/_____ **residente a** (città, via e n. civ., CAP) _____

_____

CF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ **e-mail** _____

cell. _____ **tel.** _____

Ai sensi dell'art. 46 del DPR 445/2000 e consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 dello stesso DPR per dichiarazioni mendaci e atti falsi

in qualità di

☐ Socio (ordinario/straordinario/aggregato)

oppure ☐ Procuratore ☐ Tutore ☐ Amministratore di sostegno del Socio iscritto Fisde:

nome _____ **cognome** _____

CF ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

dichiaro che

☐ **l'indirizzo e-mail di contatto e utenza è:** _____

☐ **il recapito telefonico è:** cell. _____ tel. _____

☐ **la residenza è:** città _____ (Prov. _____)

via _____ n. _____ CAP _____

Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione successiva dei dati anagrafici. Allego copia del documento d'identità.

_____ luogo e data

_____ **il dichiarante** (firma leggibile)

Consenso al trattamento dei dati personali - artt. 6, 7, 8 e 9 del Regolamento UE 2016/679

Dichiaro di avere preso visione e di avere compreso l'Informativa Privacy (pubblicata nell'area riservata Fisdeweb) ed esprimo il mio consenso consapevole al trattamento e alla comunicazione dei miei dati personali secondo le modalità, finalità e limiti di cui alla sopra richiamata informativa.

_____ luogo e data

_____ **il dichiarante** (firma leggibile)