



WELFARE ISCRITTI CONFINTESA FP

2023 Anno della Realizzazione



#NOlaumentiamoilvaloreiscrizione #NOIdiversamentesindacalisti #NOIusiamoisoldidegliiscritti #NOInsiemevaliamodipiù #NOIserinonmillantatori

Spett. CONFINTESA FP

welfareassociati@confintesafp.it

OGGETTO: RICHIESTA POLIZZA SANITARIA ANNUALE CONFINTESA SALUTE COD. RIF. A6

Il sottoscritto _____ C.F. _____

dipendente in servizio presso (specificare l'Amministrazione/Ente)

nato a _____ il _____

Cell _____ E-mail _____

residente in via _____ Città _____ Prov _____

DICHIARA

- di essere iscritto e avere la trattenuta in busta paga a favore di CONFINTESA FP da almeno sei mesi;
- che il rapporto di lavoro è vigente.

CHIEDE

Di fruire **GRATUITAMENTE** della **Polizza sanitaria annuale Confintesa Salute**, tipologia denominata "PIANO **BLU**" del valore di € 60.

Le caratteristiche tecniche della suddetta polizza sono consultabili nella sezione Piani Individuali del sito **Confintesa Salute**.

Allega

- Autocertificazione dello stato di famiglia;
- Certificato ISEE aggiornato

(data)

(firma dell'iscritto)

Ai fini dell'erogazione del contributo, il/la sottoscritto/a dichiara di aver preso visione dell'informativa "Codice in materia di protezione dei dati personali" sul sito www.confintesafp.it ed acconsente al trattamento dei propri dati personali sensibili nonché la memorizzazione degli stessi nel database del sindacato. Il mancato consenso al trattamento dei dati non permette la lavorazione dell'istanza e la relativa erogazione del contributo.

(data)

(firma dell'iscritto)