SERAPHIS
Società di Mutuo Soccorso

In collaborazione con Confintesa Funzione Pubblica

DOMANDA DI ADESIONE INDIVIDUALE (si prega di scrivere in stampatello)

La/Il sottoscritta/o _____ Nata/o il ____/____/_____

a_____ Prov. _____CF

residente in Via/Piazza_____Città_____

Prov._____CAP_____Cellulare_____e-mail_____

Dipendente in servizio presso (specificare l'amministrazione/Ente/Impresa) _____

CHIEDE di essere ammesso a SERAPHIS in qualità di SOCIO ORDINARIO.

Il sottoscritto dichiara, inoltre, di voler aderire al Piano sanitario BLU: "**BENEFIT NUOVI ISCRITTI CONFINTESA FP**".

*Si prega di inviare il presente modulo, debitamente compilato e sottoscritto, all'indirizzo **adesioni@seraphis.it** allegando copia del documento d'identità in corso di validità.*

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
(ai sensi del Regolamento UE 2016/679)

Il/la sottoscritto/a dichiara, inoltre, di:

- *aver preso visione dell'informativa privacy, accessibile tramite QR code, nonché dello Statuto e del Regolamento della Mutua Seraphis, disponibili sul sito web: https://www.seraphis.it/la-mutua*
- *aver compreso le finalità del trattamento dei propri dati personali, inclusi quelli relativi alla salute;*
- *prestare il proprio consenso al trattamento dei dati, necessario per usufruire dei servizi offerti dalla Mutua.*
- *di accettare i Termini e le Condizioni, consultabili al seguente link https://www.seraphis.it/termini-e-condizioni-2/*

Luogo e Data_____ Firma del richiedente _____