

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL D.LGS. 30/6/2003 N. 196
(Da allegare alle richieste di rimborso on line relative ai familiari)

**Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo
c/o Previmedical S.p.A.**

Il sottoscritto _____ in relazione
(nome cognome del beneficiario delle prestazioni)

alla **DDR ON-LINE** presentata da _____
(nome e cognome dell'iscritto)

in data _____ **per un totale di Euro** _____
(totale richiesto al netto dell'imposta di bollo)

tenuto conto dell'informativa già ricevuta ai sensi del D.LGS. 196/2003, conferma il consenso al trattamento dei propri dati personali, ivi compresi quelli sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti nell'ambito degli scopi statutari del Fondo Sanitario, ed alla comunicazione dei dati stessi ai soggetti indicati nell'informativa nonché alla visibilità ed alla comunicazione da parte del Fondo dei medesimi dati all'iscritto che lo ha reso beneficiario.

Firma del beneficiario delle prestazioni _____
(se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o chi ne ha la tutela)

Data _____