



Ente Bilaterale Mantovano
Commercio Turismo Servizi

**Mod. dati identificativi richiedente agevolazioni tariffarie
“Convenzione servizio di assistenza anziani malati/disabili**

Il/La sottoscritto/a:		
Tel/cell	E.mail	
Cod. fisc.	Nato/a a	
Il	Residente a	
CAP	Via	
Occupato/a presso l'azienda		
Con sede in	Via	
Tel	Fax	Email
Attività dell'azienda		

Chiede

di poter usufruire della scontistica sulle tariffe relativa ai servizi di assistenza agli anziani/malati e disabili della/presso la struttura
per il seguente familiare di 1° grado :

nome/cognome
Cod. fisc.
Residente
Tel/cell.

N.B.: Il presente documento verrà inviato direttamente alla struttura scelta subito dopo aver verificato se l'iscritto è in regola con i versamenti dell'Ente Bilaterale Mantovano Commercio Turismo Servizi.

Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Il sottoscritto **autorizza**, ai sensi dell'art. 23 del D.Lgs. n. 196/2003, l'ENTE BILATERALE MANTOVANO, al trattamento dei propri dati personali per le finalità delle'Ente medesimo e, in particolare, ad inserire e conservare in appositi archivi tutti i dati contenuti nel presente modello.

Il sottoscritto autorizza inoltre l'ENTE BILATERALE MANTOVANO ad inviargli comunicazioni scritte/telefoniche relative ad iniziative e servizi predisposti dall'Ente stesso, e/o da strutture ad esso collegato.

Il sottoscritto potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7,8,9,10 del D.Lgs. n. 196/2003 rivolgendosi al titolare del trattamento ossia l'ENTE BILATERALE della provincia di Mantova nella persona del Presidente pro tempore.

Data _____

Firma _____





Ente Bilaterale Mantovano
Commercio Turismo Servizi

- Si respinge la richiesta per la seguente motivazione
.....
- Si autorizza l'iscritto a poter usufruire delle agevolazioni convenzionate con la seguente
Struttura:.....
.....

Data: _____

Ente Bilaterale Mantovano
Commercio Turismo Servizi
il Presidente

