

AUTOCERTIFICAZIONE RAPPORTO DI PARENTELA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 D.P.R. N. 445/2000 E AUTORIZZAZIONE AL TRATTAMENTO DATI
(settore pubblico)

Il/la sottoscritto/a (aderente) _____

Codice fiscale _____

consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci, predisponga od usi atti falsi è punito/a ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARA

che le spese sanitarie oggetto della presente richiesta di anticipazione sono riferite al seguente soggetto fiscalmente a carico dell'aderente

NOME COGNOME _____

CODICE FISCALE _____

Grado di parentela con l'aderente _____



Data

Firma dell'aderente

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (Da restituire firmato a cura del familiare)

Preso visione di quanto previsto nella "*Informativa relativa al trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 del Regolamento UE n. 2016/679*" relativa al Fondo Pensione Laborfonds (di seguito riportata e disponibile anche sul sito internet www.laborfonds.it/moduli), il/la sottoscritto/a presta il proprio consenso al trattamento dei dati personali, anche quelli particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE n. 2016/679, secondo quanto descritto nell'informativa sopra richiamata.

Il trattamento dei dati personali, ivi inclusi i dati particolari di cui all'art. 9 del Regolamento UE 2016/679, è effettuato dal Fondo per finalità connesse all'istruttoria e alla gestione della richiesta di anticipazione, in esecuzione degli obblighi contrattuali e regolamentari.



Data

Firma del familiare

In caso di richiesta presentata per più soggetti contemporaneamente, compilare e firmare una copia del presente allegato per ciascun soggetto cui siano riferite le spese sostenute.