

CARTA INTESTATA AZIENDA

Spett.le
EBITEN
Via Olivetti, 7
26013 Crema (CR)

Luogo, data

Oggetto: istanza di finanziamento del Premio della polizza "#AndràTuttoBene" di UniSalute.

Il sottoscritto _____ nato a

_____ pr ___ il _____ e residente a _____

pr ___ in via _____ n. _____, C.F. _____

legale rappresentante dell'azienda _____ con sede a

_____ pr ___ in via _____ n. _____

C.F./PI _____

CHIEDE

- il finanziamento del premio della polizza in oggetto per gli addetti dell'azienda;
- il finanziamento del premio della polizza in oggetto per gli addetti e famigliari dell'azienda;

INFORMATIVA PRIVACY

Firma per autorizzazione ed accettazione del trattamento dei dati personali ai sensi dell'art. 13 d. lgs. 30 giugno 2003 n°196 – "Codice in materia di protezione dei dati personali" e dell'art. 13 GDPR 679/16 – "Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali".

Firma e Timbro