

**CADGI**  
*Cassa di Assistenza Dipendenti Gruppo IBM*

**CADGI - MODULO DI ADESIONE**

Da inviare via email all'indirizzo info@cadgi.it cc Segreteria CADGI

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ codice personale \_\_\_\_\_

Società di appartenenza \_\_\_\_\_

Avendo preso visione dello Statuto e del Regolamento Programmi Sanitari della C.A.D.G.I. :

- Chiedo l'adesione ai Programmi Sanitari della C.A.D.G.I.
- Rinuncio irrevocabilmente all'adesione ai Programmi Sanitari della C.A.D.G.I.

In caso di adesione, autorizzo la Società di cui sono dipendente a trattenere dalla mia retribuzione i contributi previsti e a provvedere al relativo versamento alla C.A.D.G.I.

La decorrenza del diritto alle prestazioni sanitarie sarà dal mese successivo a quello in cui avviene la prima contribuzione.

L'ADESIONE ALLA C.A.D.G.I. SARA' ACCETTATA SE UNITAMENTE ALLA PRESENTE VERRA' ALLEGATO IL MODULO "CADGI CONSENSO" PREVISTO DAL REGOLAMENTO (UE) 2016/679.

In fede,

Data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

**DATI ANAGRAFICI DA COMPILARE IN CASO DI RICHIESTA DI ADESIONE**

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_ NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ CODICE FISCALE \_\_\_\_\_

RESIDENZA - VIA \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

COMUNE \_\_\_\_\_ PROVINCIA \_\_\_\_\_

EMAIL \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

SEDE DI LAVORO \_\_\_\_\_