

MODULO DI VARIAZIONI DATI

Il/ La sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____ Libretto n° _____

Dichiara

Di aver variato i dati indicati qui di seguito rispetto al modulo sottoscritto all'atto dell'iscrizione.

Posta elettronica _____

N. Telefono/Fax _____

N. Cellulare _____

Invio Sms _____ Firma Intestatario Cell./invio sms _____

Modulo di Delega a **inoltro/ritiro** documenti sensibili

Il/ La Sottoscritto/a _____

Delega il/la Sig./Sig.ra _____

CF: _____

All'inoltro, al ritiro e ad ogni altra gestione documentale (anche di natura sanitaria). Contestualmente solleva la COMMERCianti MUTUA OSPEDALIERA da ogni eventuale contestazione circa le comunicazioni fra la COMMERCianti MUTUA OSPEDALIERA e il Delegato sopraccitato.

L'interessato/ Delegante

Il Delegato

(Firma Leggibile)

(Firma Leggibile)

Altro _____

Pertanto le nuove comunicazioni avverranno secondo le modifiche da Voi formalizzate a far data dal giorno seguente la presente sottoscrizione.

Varese, _____

In fede

Quanto espressamente contemplato in materia di privacy ai sensi degli artt. 13 e 14 del 27 Aprile 2016/679 è stato autorizzato nella scheda informativa mod. "PRIVACY I" al momento dell'iscrizione alla Commercianti Mutua Ospedaliera