**COMUNICAZIONE IBAN/ CELLULARE/E-MAIL del Lavoratore**

IL MODULO VA COMPILATO IN STAMPATELLO

E PUO’ ESSERE INVIATO PER POSTA o PER FAX o PER E-MAIL a: [segreteria@cassaedilealessandria.it](mailto:segreteria@cassaedilealessandria.it)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Codice C.E. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data e luogo di nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Codice Fiscale\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indirizzo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**AUTORIZZA** la Cassa Edile di Alessandria a:

* inviare comunicazioni tramite SMS a questo numero di cellulare: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* inviare comunicazioni a questo indirizzo e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* effettuare il pagamento di tutte le prestazioni a mezzo accredito sul proprio conto corrente o carta prepagata, intestato o cointestato al sottoscritto:

**CODICE IBAN:**

naz. check cin abi cab conto corrente

Denominazione Banca / Posta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sede, filiale, agenzia, succursale: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Eventuali variazioni di dati dovranno essere comunicati tempestivamente.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del lavoratore\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DICHIARAZIONE DI CONSENSO**

Preso atto dell’informativa pubblicata sul sito della Cassa Edile di Alessandria al link [www.sistemaedile.it/regolarità/modulistica](http://www.sistemaedile.it/regolarità/modulistica), io sottoscritto**:**

* per il trattamento dei miei dati, anche particolari, per le finalità menzionate nell’informativa e non aventi come base giuridica di legittimità l’obbligo di legge o il contratto di lavoro a me applicato dall’impresa (per es. domanda per prestazioni assistenziali extracontrattuali)
* ACCONSENTO
* NON ACCONSENTO
* per la comunicazione dei propri dati personali ai soggetti esterni di cui al punto 5 dell’informativa medesima
* ACCONSENTO
* NON ACCONSENTO

Luogo e data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma dell’interessato \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_