

MARSH SpA
Viale Bodio, 33
2 0 1 5 8 - MILANO

RICHIESTA DI RIMBORSO PER SPESE SANITARIE

In caso di esaurimento degli originali, è possibile utilizzare la fotocopia del Vostro modulo personale.

Forma Completa

AZIENDA DI APPARTENENZA		
DENOMINAZIONE		
INDIRIZZO		
CAP	LOCALITA'	PROV.

N.B.: E' necessaria la firma di ogni componente maggiorenne del nucleo familiare per il quale si richiede il rimborso spese. Per i minori è sufficiente la firma di chi esercita la patria potestà

DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del D.Lgs. 196/2003, sono consapevole che lo svolgimento delle attività relative al trattamento dei dati personali comuni non richiede il consenso al trattamento per **finalità connesse agli obblighi previsti dalla legge, contrattuali e per prestazioni assistenziali e previdenziali**, mentre è necessario per il trattamento dei dati sensibili, compresi i quelli relativi allo stato di salute. Il consenso espresso riguarda anche la comunicazione a terzi come indicato nell'informativa e l'eventuale trasferimento all'estero, nei limiti indicati nella stessa.

Nome _____

Nome _____

Cognome _____

Cognome _____

Firma _____

Firma _____

Data _____

