

(da compilare a cura dell'operaio dichiarante)

a). Dati operaio:

COGNOME  NOME   
DATA DI NASCITA  LOCALITÀ DOMICILIO   
VIA/PIAZZA  N.  C.A.P.  PROV.   
CELLULARE (OBBLIGATORIO)  INDIRIZZO MAIL

b). Dati coniuge partecipante:

COGNOME  NOME   
DATA DI NASCITA  DIFFICOLTÀ MOTORIE  SI  NO (deve essere barrata necessariamente una casella)

c). Dati figli partecipanti:

| COGNOME              | NOME                 | DATA DI NASCITA      | DIFFICOLTÀ MOTORIE<br>(barrare una casella) |                             |
|----------------------|----------------------|----------------------|---------------------------------------------|-----------------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SI                 | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SI                 | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SI                 | <input type="checkbox"/> NO |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> SI                 | <input type="checkbox"/> NO |

**INSERIRE ESCLUSIVAMENTE I FIGLI A CARICO FINO AL DICIASSETTESIMO ANNO DI ETÀ (NON POSSONO PARTECIPARE I MAGGIORENNI)**

NOTIFICAZIONE PREFERENZA PACCHETTO VACANZE E SOGGIORNI (da barrare obbligatoriamente) MARE  MONTAGNA

Rimane sottointeso che, per cause di carattere organizzativo, la località del Pacchetto Vacanza e Soggiorno potrebbe non coincidere con quella richiesta.

DOCUMENTI ALLEGATI

Il dichiarante è consapevole che ai fini della presa in carico della richiesta è obbligatorio allegare al presente modulo: 1) copia del Codice fiscale di ogni singolo partecipante registrato (moglie, figli); 2) copia del "Prospetto dei familiari a carico del Mod.730" dell'operaio iscritto, relativo all'ultimo periodo di imposta (anno solare).

INFORMATIVA E CONSENSO TRATTAMENTO DATI – RESPONSABILITÀ PENALE

a) Il dichiarante, preso atto dell'Informativa fornita dal Titolare del trattamento dei dati Cassa Edile di Mutualità e Assistenza di Roma e Provincia, ai sensi del Decreto Legislativo 10 agosto 2018, n.101, con cui si dispone l'adeguamento della normativa nazionale alle disposizioni del Regolamento UE 2016/679, in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, presta il consenso ed autorizza il medesimo Titolare al trattamento dei dati identificativi e personali, anche dei familiari, raccolti per effetto della presente richiesta e per le finalità riportate nell'Informativa (consenso obbligatorio, in difetto non potrà essere accettata la richiesta di erogazione della prestazione).

b) Il dichiarante, consapevole di quanto prescritto dall'art.496 del Codice penale sulla responsabilità in ambito giuridico, garantisce che le informazioni rilasciate nel presente modulo, ai sensi e per gli effetti di cui all'art.46 – lettera f) DPR 28 dicembre 2000, n.445, non costituiscono falsa attestazione o dichiarazioni mendaci.

Data  Firma del lavoratore/dichiarante