

FNA ROMA CAPITALE

| |
|---|
| Cognome _____ Nome _____ |
| Codice Fiscale _____ |
| Nato/a a _____ (____) il ____ / ____ / ____ |
| Residente a _____ (____) in Via _____ |
| _____ Telefono _____ |
| _____ |
| Indirizzo Email: _____ |

SERVIZIO RICHIESTO

Servizi CAF

Patronato

Successione

Consulenza

Colf e badanti

Invii telematici

Locazione

Altro

Io sottoscritto _____ nato il ____/____/____

Codice Fiscale _____

Ho preso visione dell'informativa ed Autorizzo ai sensi dell'Art.23 D.L.gs. e successive modifiche Sportello del Cittadino Srl al trattamento dei miei dati personali per l'istruzione della pratica relativa ai servizi richiesti

Data ____/____/____

Firma _____

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite posta ordinaria, sms, e-mail di comunicazioni informative e promozionali, nonché newsletter da parte di Sportello del Cittadino Srl in relazione a campagne di marketing per iniziative proprie, dei suoi servizi e prodotti

Data ____/____/____

Firma _____

ACCONSENTO NON ACCONSENTO

Al trattamento dei miei dati personali per l'invio tramite posta ordinaria, sms, e-mail di comunicazioni informative e promozionali, nonché newsletter di società collegate e/o controllate da Sportello del Cittadino Srl

Data ____/____/____

Firma _____