

Richiesta di consulenza e di informazioni, Reclami, Domanda di conciliazione paritetica

Adoc _____

*Il/La Sottoscritto/a: _____

*Nato/a a: _____ *Il _____

*Codice Fiscale: _____

*Domiciliato in: Via/Piazza/Largo _____

*Città: _____ *Pr _____ *C.A.P. _____

Documento d'Identità: _____

Cellulare: _____ E-Mail: _____ @ _____

Altri Recapiti Telefonici: _____

dichiara di aver letto l'informativa stampata sulla pagina seguente. Autorizza l'ADOC a detenere e trattare i suoi dati, ivi inclusi quelli sensibili, in osservanza del Regolamento Generale sulla Protezione dei Dati (Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio del 27 aprile 2016) e comunque limitatamente alla definizione della pratica in via stragiudiziale con l'operatore _____.

*Campi la cui compilazione è Obbligatoria

Data

Firma

