SANITASERVICE ASL BA SRL

Soggetta al controllo analogo del socio unico ASL BA

Sede legale: Lungomare Starita, 6 – 70123 Bari
Sede Operativa: via Verdi 36-38 – 70123 Bari - tel. 080 3217901 – fax 080 3217916
E-mail: sanitaservice@asl.bari.it
Web site: www.sanitaserviceaslba.it

All'Amministratore Unico della SANITASERVICE ASL BA
e all'Ufficio del personale SANITASERVICE ASL BA

OGGETTO: AGGIORNAMENTO DATI ANAGRAFICI

Il sottoscritto/a in qualità di dipendente di questa Azienda, chiede di aggiornare i propri dati anagrafici, **poiché modificati i dati relativi a** _____ _____ (anagrafici, nucleo familiare, o altro indicandolo) **a decorrere dalla data del** ____/____/_____, a tal fine, sotto la propria responsabilità, anche ai fini penali (art. 76 D.P.R. 28.12.2000, n. 445), ai sensi di quanto previsto dal D.P.R. 28.12.2000, n. 445, dichiaro le informazioni seguenti:

Cognome: _____ Nome _____

Codice Fiscale: |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Sesso: ☐ M ☐ F Data di nascita: |__|__| / |__|__| / |__|__|__|__|

Comune (st. estero) di nascita _____ Prov.(_____) tel. _____ cell._____

Indirizzo di residenza: _____ CAP: _____

Comune di residenza: _____ PROV: (_____) Indirizzo e_mail: _____

Recapito per invio corrispondenza (da indicare solo se diverso dalla residenza), coincide con domicilio? Si ☐ No ☐

Indirizzo : _____ CAP: _____

Comune: _____ PROV: (_____)

Stato civile:_____ (coniugato, celibe, nubile, vedovo/a, divorziato/a).

Nucleo familiare: componenti n. ____ descrizione: _____(es. comp.n.4: moglie e 2 figli di cui 1 minoren.)

Cognome e nome del coniuge : _____ data di nascita __/__/____ a carico: Si ☐ No ☐ (altri dettagli) _____

Cognome e nome del figlio n.1: _____ data di nascita __/__/____ a carico: Si ☐ No ☐ _____

Cognome e nome del figlio n.2: _____ data di nascita __/__/____ a carico: Si ☐ No ☐ _____

Cognome e nome del figlio n.3: _____ data di nascita __/__/____ a carico: Si ☐ No ☐ _____

Cognome e nome del figlio n.4: _____ data di nascita __/__/____ a carico: Si ☐ No ☐ _____

Si autorizza la SANITASERVICE ASL BA srl ad utilizzare i propri dati personali per finalità amministrative ed interne aziendali nel rispetto del Decreto Legislativo n. 196/2003 (norm.Privacy).

Data: ___/___/_____ In fede il sottoscritto lavoratore richiedente: _____