

MALTO 2020

**Modulo di ADESIONE al Fondo Assistenza e Benessere per il Socio Beneficiario Collettivo**

Spett.le  
**FONDO ASSISTENZA E BENESSERE**  
 Fondo Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale  
 Via Cibrario, 6  
 10144 Torino

e, p.c. Spett.le Socio Aderente a FAB  
 Cassa di Risparmio Cento S.p.a.  
 Via Matteotti, 8/b  
 44042 Cento (FE)

Il sottoscritto

cognome	MALSERVINI	nome	LORENZO	Sesso	<input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
nato a					
resident					
telefono					

- in qualità di
- ☒ Dipendente
  - ☐ Dirigente
  - ☐ Pensionato
  - ☐ Soggetto in genere legato al Socio Aderente da un rapporto di collaborazione lavorativa comunque denominato

per disposizione di contratto collettivo nazionale, contratti, accordi, regolamenti aziendali o contratti individuali

**ADERISCE**

al Fondo Assistenza e Benessere – Fondo Integrativo del Servizio Sanitario Nazionale siglabile FAB (di seguito definito anche Fondo) ai sensi dell'art. 6 del vigente Statuto del Fondo al fine di fruire delle prestazioni rese dal Fondo

**COMUNICA**

al Fondo Assistenza e Benessere i nominativi delle Persone Fisiche appartenenti al nucleo familiare affinché possano far parte del Fondo in qualità di Assistiti ai sensi dell'art. 5 punto 3 dello Statuto del Fondo.

composizione nucleo familiare				
nome e cognome	Sesso	data di nascita	codice fiscale	parentela

- decorrenza dell'adesione:
- prima scadenza annualità:
- scadenze annualità successive:

04/3/2020  
 28/09/2021

31 dicembre di ogni anno, con rinnovo tacito di anno in anno

SI IMPEGNA

altresi a comunicare al Fondo, per il tramite del Socio Aderente, le variazioni che dovessero intervenire relativamente ai dati riportati nella presente richiesta sia con riferimento al Richiedente che agli eventuali componenti del nucleo familiare.

Il sottoscritto dichiara di aver ricevuto in data odierna:

- copia della presente richiesta
- copia dello Statuto e del Regolamento del Fondo Assistenza e Benessere

Comacchio, 16/03/2020  
Luogo, data

  
firma del Richiedente

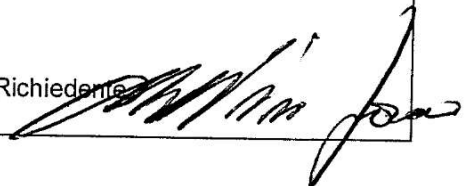
Il sottoscritto dichiara inoltre di accettare le modalità di invio di tutta la documentazione relativa al rapporto associativo mediante posta elettronica al seguente indirizzo e-mail:

LORENZOHALSERVISI@gmail.com

Luogo e data

Comacchio, 16/03/2020

firma del Richiedente



NOTA BENE: verranno respinti i moduli diversi dal presente e quelli compilati in modo inesatto o incompleto.

## INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 CODICE PRIVACY

FAB con sede in via Cibrario, 6 – 10143 Torino effettua trattamenti di dati personali nel pieno rispetto del “Codice in materia di protezione dei dati personali - D.Lgs. 196/2003” (di seguito Codice). Ai sensi del Codice, FAB svolge detti trattamenti in qualità di autonomo “Titolare” e Le fornisce alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali. **Categorie di dati.** Per lo svolgimento della propria attività il Titolare effettua trattamenti di dati personali di tipo comune. I dati di natura **sensibile** (es. certificati di malattia ed infortunio; esiti di visite mediche effettuate ai sensi di legge e di contratto, certificati anamnestici etc.) vengono trattati per finalità di assistenza sanitaria, polizze infortuni, o polizze di invalidità permanente o morte. Per il trattamento di tali dati - salvo alcune esenzioni, come nel caso in cui il trattamento sia necessario per adempiere ad obblighi di legge per la gestione del rapporto di lavoro - il Codice richiede una specifica approvazione che si trova nella dichiarazione di consenso a Lei fornita in allegato.

**Fonte dei dati personali.** I dati personali in possesso del Titolare sono raccolti direttamente dall'Azienda Associata, dall'Interessato (in alcuni casi il familiare del dipendente) o possono provenire da terzi. Si precisa che con il consenso allegato al presente modulo il Legale Rappresentante dell'Azienda Associata dichiara di avere direttamente raccolto il consenso del diretto interessato di comunicazione degli stessi a FAB a seguito di idonea informativa. Il Titolare, inoltre, può venire in possesso di dati personali nell'adempimento di specifici obblighi del datore di lavoro, relativi alla gestione del rapporto, quali quelli previdenziali e assistenziali.

**Finalità dei trattamenti dei dati.** I dati personali sono trattati da FAB per l'espletamento delle sue finalità istituzionali che sono: 1. predisposizione e stipulazione di accordi per l'erogazione di prestazioni socio-assistenziali in ambito sanitario, raccolta dei contributi; 2. gestione e liquidazione dei sinistri o pagamento di altre prestazioni; 3. finalità di tipo assistenziale e previdenziale; 4. attività statistiche di pertinenza allo scopo associativo e per ogni altra finalità prevista dalla legge. Il consenso è richiesto qualora si forniscono dati sensibili compresi i dati relativi allo stato di salute.

**Modalità di trattamento dei dati.** Il trattamento dei dati personali, esclusivamente per le finalità menzionate, avviene mediante strumenti manuali, informatici, telematici, con logiche che garantiscono la riservatezza dei dati e la sicurezza intesa anche nel senso di integrità e disponibilità.

**Comunicazione dei dati.** Lo svolgimento delle operazioni di trattamento necessita che i dati possano essere comunicati a determinati soggetti aventi la funzione di Responsabile, Incaricato o Titolare anche all'estero, all'interno o all'esterno dell'Unione Europea. Tali soggetti possono essere interni all'associazione quali il personale o i collaboratori oppure Broker assicurativi o altri enti e società esterne del settore assicurativo e non, quali ad esempio: compagnie, agenti, coassicuratori, riassicuratori, periti, medici, consulenti, legali, ISVAP, Ministero Industria, enti che forniscono servizi accessori/strumentali al raggiungimento dello scopo associativo per tutte le finalità illustrate in precedenza. L'elenco completo dei soggetti ai quali potranno essere comunicati per le sopradette finalità è disponibile presso FAB con sede in via Cibrario, 6 – 10143 Torino. I dati di natura sanitaria vengono comunicati esclusivamente ai soggetti indispensabili all'erogazione della prestazione a favore dell'avente diritto.

**Natura del conferimento dei dati e Consenso al trattamento.** Il conferimento dei dati ha natura obbligatoria in quanto sono essenziali all'esecuzione delle prestazioni richieste dall'Azienda Associata. Le conseguenze del mancato conferimento sono l'impossibilità per FAB di gestire il rapporto assistenziale. Per il trattamento e la comunicazione a terzi dei dati sensibili degli Interessati, il Codice richiede una specifica manifestazione di consenso, mentre non è necessario nel caso si tratti di dati comuni per le finalità sopra indicate. Il consenso, quando necessario, deve essere espresso nei moduli specificatamente previsti da riconsegnare al Titolare come da indicazioni ivi contenute.

**Diritti di cui all'art. 7.** La informiamo, infine, che l'art. 7 del Codice conferisce agli Interessati l'esercizio di specifici diritti. In particolare, gli Interessati possono ottenere dal “Titolare” la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e che tali dati vengano messi a disposizione in forma intelligibile. Gli Interessati possono altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettifica o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso. Il Responsabile del Trattamento, a cui scrivere per l'esercizio di questi diritti, è il Dott. Adriano Coppa presso FAB con sede in via Cibrario, 6 – 10143 Torino.

**Titolare del trattamento.** Il Titolare del trattamento è FAB con sede in via Cibrario, 6 – 10143 Torino.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO AL TRATTAMENTO

Come rappresentato nell'informativa di FAB che 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 socio-assistenziali in ambito sanitario**, mentre è necessario per il trattamento dei dati sensibili, compresi quelli relativi alla salute dell'Interessato. Il consenso espresso riguarda anche la comunicazione a terzi come indicato nell'informativa e l'eventuale trasferimento all'estero nei limiti indicati nella stessa.

Interessato

Io sottoscritto/a

**MALSERVISI LORENZO**

Data

**16/03/2020**

Firma Socio Beneficiario Collettivo

