

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

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 <b>MAGISTERI</b>	nome <b>ENRICO</b>	sesso <input checked="" type="radio"/> M <input type="radio"/> F
nato a [REDACTED]	il [REDACTED]	codice fiscale [REDACTED]
residente a [REDACTED]	via [REDACTED]	prov. <b>PO</b> c.ap. <b>49126</b>
telefono / cellulare [REDACTED]		

Familiare non a carico del Dipendente/Dirigente VIALE ROMA

**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 al fine di fruire delle prestazioni rese dal Fondo

**COMUNICA**

al Fondo la seguente composizione del proprio Nucleo Familiare ai sensi dell'art. 5 dello Statuto del Fondo:

nome e cognome	sesso	data di nascita	codice fiscale	parentela
[REDACTED]		/ /		
		/ /		
		/ /		
		/ /		

- decorrenza dell'adesione: 01/09/2018
- prima scadenza annualità: 31/12/2018
- scadenze annualità successive: 31 dicembre di ogni anno, con rinnovo tacito di anno in anno

**SI IMPEGNA**

- a versare al Fondo la quota associativa di € 25,00 per l'annualità in corso e per le annualità successive, autorizzando il Fondo ad incassare la quota associativa suddetta, secondo le norme di incasso del servizio R.I.D., fino a revoca di questa autorizzazione, con relativo addebito sul conto corrente seguente intestato al sottoscritto  
IBAN .....  
c/o Istituto di Credito CASSA DI RISPARMIO di CENNO SPA
- a versare al Fondo il contributo associativo per le prestazioni, per il tramite del Socio Aderente

**SI IMPEGNA**

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.

I sottoscritto dichiara di aver ricevuto in data odierna:

- copia della presente richiesta
- copia dello Statuto e del Regolamento del Fondo Assistenza e Benessere
- copia del "Disciplinare delle Prestazioni" e del "Documento Informativo" del Fondo Assistenza e Benessere

PERRARA 16/03/2018  
Luogo, data

Enrico Mestrini  
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: enrico.mestrini.36@gmail.com

PERRARA 16/03/2018  
Luogo e data

Enrico Mestrini  
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 accessoristrumentali 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 CONSENTO 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 ..... MESTRI ENRICO .....

Data 16/09/2018 Firma... Enrico Mestr .....

**Modulo di variazione per il Socio Beneficiario Collettivo del Fondo Assistenza e Benessere**

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 VITALI	nome MONICA	sesso M	F
nato a [REDACTED]	il [REDACTED]	codice fiscale [REDACTED]	
residente a [REDACTED]	via [REDACTED]	prov. FG	c.a.p. 46126
telefono / cellulare [REDACTED]			

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

**COMUNICA**

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

- soggetti subentranti

composizione nucleo familiare				
nome e cognome	sesso	data di nascita	codice fiscale	parentela
[REDACTED]		/ /		
[REDACTED]		/ /		
[REDACTED]		/ /		

- soggetti esclusi

composizione nucleo familiare				
nome e cognome	sesso	data di nascita	codice fiscale	parentela
ENRICO TESTERI	M	[REDACTED]		FIGLIO
		/ /		
		/ /		

- decorrenza dell'adesione: 01/09/2018  
 ■ prima scadenza annualità: 31/12/2018

- scadenze annualità successive: 31 dicembre di ogni anno, con rinnovo tacito di anno in anno

SI IMPEGNA

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

FERRARA 15.09.2018  
Luogo, data

Marcus Vitolo  
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: marcus.vitolo@crecento.it

FERRARA 15 Settembre 2018  
Luogo e data

firma del Richiedente Marcus Vitolo

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 accessoristrumentali 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 CONSENTO 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 ..... V. S. A. L. M. O. L. C. A. ....

Data ..15.03.2028.. Firma Socio Beneficiario Collettivo ..... *Massimo Vitale* ..