



Mi impegno a comunicare tempestivamente ogni variazione dei dati anagrafici miei e del mio nucleo familiare/dei miei familiari/familiari conviventi. Il Fondo si riserva la facoltà di effettuare, in qualunque momento, opportune verifiche chiedendo all'assistito idonea certificazione al fine di controllare la veridicità del contenuto delle dichiarazioni rese. Mi impegno ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne del Fondo FASIE ed a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione. Dichiaro inoltre di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti.

Da compilarsi a cura dell'Azienda di appartenenza

Dati dell'azienda (riportare i dati relativi allo stabilimento presso il quale l'iscritto presta la propria attività)

Ragione Sociale _____

Codice Fiscale _____

P.IVA _____

Data di ricevimento della domanda: _____

Timbro e firma del datore di lavoro: _____

La decorrenza dell'adesione seguirà le seguenti regole:

- dal 01/07 per le iscrizioni consegnate entro il 30/04 dello stesso anno
- dal 01/01 dell'anno successivo per le iscrizioni consegnate entro il 31/10 dell'anno precedente.

Il presente Modulo è composto di n. 3 copie, di cui una da inviare al Fondo FASIE, una da restituire al dipendente ed una da trattenere da parte dell'Azienda per i propri adempimenti interni.

L'eventuale cambio di opzione sanitaria potrà essere richiesto dopo tre anni dalla precedente variazione.

1) Per i neo-assunti:

Il modulo di adesione dovrà essere riconsegnato al proprio datore di lavoro entro 60 giorni da quello di assunzione per la trasmissione al Fondo FASIE (CASELLA POSTALE 140, 31021 Mogliano Veneto - TV). Coloro che, entro tale termine, non intendessero aderire al FASIE, dovranno comunque comunicarlo al proprio datore di lavoro per iscritto, restituendo il modulo di adesione e scelta dell'opzione dopo aver compilato l'apposito campo dedicato.

2) Per i dipendenti già in servizio:

Il modulo di adesione dovrà essere consegnato al proprio datore di lavoro per la trasmissione al Fondo FASIE alla CASELLA POSTALE 140, 31021 Mogliano Veneto - TV.

NOTA BENE: L'incompleta compilazione del presente modulo o la mancanza delle firme previste comporta il rigetto della domanda presentata.

Data compilazione: _____

Firma del dipendente: _____

Consenso al trattamento dei dati personali – D. Lgs 196/2003

Preso atto dell'informativa allegata al presente modulo ai sensi dell'art 13 del D. Lgs 196/03, do il mio consenso al trattamento dei dati personali. Il consenso è pure esteso nei confronti del service amministrativo, delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione: _____**Firma del dipendente:** _____**Firma dei componenti del nucleo familiare/familiari/conviventi (se minore, firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela):**

(1) _____

(2) _____

(3) _____

(4) _____

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D. LGS. N. 196/2003)

Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/03, "Codice in materia di protezione dei dati personali" (di seguito Codice Privacy), il Fondo FASIE fornisce le seguenti informazioni sul trattamento effettuato dei dati personali dei propri iscritti:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo FASIE (di seguito Fondo Sanitario), sono effettuati:

- per la finalità di corrispondere prestazioni sanitarie integrative rispetto al Servizio Sanitario Nazionale in attuazione di quanto stabilito dallo Statuto del Fondo Sanitario;
- per la finalità di corrispondere ogni altra prestazione alla quale il Fondo Sanitario sia autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate o da organi di vigilanza a cui il Fondo Sanitario è soggetto.

2. CONFERIMENTO DEI DATI

Il conferimento dei dati richiesti è obbligatorio per l'adempimento delle finalità perseguite dal Fondo Sanitario. L'eventuale rifiuto comporterà l'inevitabile rigetto della domanda di adesione al Fondo Sanitario presentata dall'interessato.

3. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali ed informatici, con modalità strettamente correlate alle finalità sopra indicate e, comunque, in modo da garantire la sicurezza, la protezione e la riservatezza dei dati stessi. I dati personali potranno essere trattati da dipendenti e collaboratori del Fondo Sanitario, incaricati di svolgere specifiche operazioni necessarie al perseguimento delle finalità suddette, sotto la diretta autorità e responsabilità del Fondo Sanitario e in conformità alle istruzioni che saranno dallo stesso impartite.

4. COMUNICAZIONE DEI DATI

Il Fondo Sanitario potrà comunicare i dati personali degli iscritti a soggetti e società esterne che forniscono servizi strettamente connessi e strumentali alla propria attività. In particolare i soggetti predetti potranno essere costituiti da:

- istituti bancari incaricati dell'attività di custodia e gestione del patrimonio;
- compagnie di assicurazione incaricate della gestione delle risorse del Fondo Sanitario;
- società di servizi amministrativi, contabili ed informatici;
- pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza, quando previsto dalla normativa vigente.

I dati personali degli iscritti non sono oggetto di diffusione a categorie di soggetti indeterminati.

Il consenso è pure esteso con riguardo all'acquisizione da parte del Fondo dei dati relativi alla salute, necessari per la valutazione delle spese mediche delle quali si richiede il rimborso.

5. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice Privacy garantisce all'interessato, tra gli altri, i seguenti diritti:

- ottenere l'indicazione dell'origine dei dati personali; delle finalità e modalità del trattamento; della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
- ottenere l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge; l'attestazione che le operazioni che le operazioni predette sono state portate a conoscenza, anche per il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati;
- opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi al trattamento dei dati personali.

6. TITOLARE E RESPONSABILI

Titolare del trattamento dei dati è il Fondo Sanitario FASIE, con sede in Roma Eur, Piazzale Luigi Sturzo 23/31. Responsabile del trattamento dei dati è Previmedical S.p.A., con sede in Mogliano Veneto (TV), via E. Ferretto 1. L'elenco degli altri Responsabili nominati è consultabile sul sito web del Fondo Sanitario all'indirizzo www.fasie.it.