

Il sottoscritto _____ nato a _____ il _____

Residente in _____ Prov. _____

Via _____ n. _____ CAP _____

Codice Fiscale _____ Tel. _____ email _____

Dipendente (o pensionato) del Consorzio di _____

DICHIARA di aderire per se stesso, per eventuale coniuge o convivente «more uxorio» e per i figli fino a 26 anni, risultanti dallo stato di famiglia secondo le norme previste dalla legislazione vigente, al Fondo Integrativo Sanitario per i dipendenti dei Consorzi di Bonifica e Miglioramento Fondario costituito in adempimento all'accordo del 31/4/1994 per rinnovo del CCNL di categoria del 30/7/1991 e successive modifiche:

- FORMULA A** – Obbligatoria assistenziale di base prevista dal C.C.N.L.
 FORMULA B – Facoltativa integrativa per i casi di grande intervento chirurgico

DICHIARA che i familiari come precedentemente definiti risultanti dallo stato di famiglia alla data della presente adesione, sono:

COGNOME E NOME	CODICE FISCALE	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

DICHIARA inoltre di aver preso visione delle prestazioni integrative che il Fondo erogherà in caso di necessità e delle modalità regolamentari e delle condizioni a cui attenersi per poterne usufruire.

AUTORIZZA pertanto il Consorzio a versare entro il 31 Dicembre di ogni anno la quota di iscrizione per l'anno successivo secondo le modalità di seguito prescelte.

AUTORIZZA inoltre l'Azienda a trattenere la quota a suo carico, relativa alla formula prescelta, nelle dodici mensilità dell'anno successivo a quello d'iscrizione.

<input type="checkbox"/> FORMULA A quota a carico del dipendente quota a carico del Consorzio	108,50 <u>108,50</u> 217,00	<input type="checkbox"/> FORMULA A + B quota a carico del dipendente quota a carico del Consorzio	217,00 <u>108,50</u> 325,50
PENSIONATO EX DIPENDENTE DEL CONSORZIO			
<input type="checkbox"/> FORMULA A quota a carico	217,00	<input type="checkbox"/> FORMULA A + B quota a carico	325,50

Luogo e data _____

Firma _____
(Datore di lavoro)

Consenso al trattamento dei dati

- Barrando la casella di fianco Lei dichiara di aver letto l'informativa riportata sul retro del presente modulo e, firmando nella riga sottostante, esprime il consenso al trattamento ed alla comunicazione dei suoi dati personali effettuata dal Fondo, nei termini e per i fini indicati nell'informativa stessa.

Luogo e data _____

Firma _____

CHIEDE che l'importo dell'indennità liquidata sia versato tramite bonifico bancario intestato al sottoscritto, usando le seguenti coordinate bancarie internazionali:

IBAN _____

della Banca _____ di _____ via _____ CAP _____

Firma _____

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi degli artt. 13 e 14 GDPR (Reg. UE 679/2016)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito. I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza. I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute dal titolare. I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento. I suoi dati non sono soggetti a diffusione. Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione delle prestazioni richieste o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività dell'Ente. L'elenco aggiornato dei responsabili e/o delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta al Fondo. Il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei dati trattati. I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'adempimento delle prestazioni di integrazione al reddito inoltrate e connesse al vincolo associativo. I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente. In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo ad un'Autorità di controllo. **La invitiamo a prendere visione dell'informativa estesa disponibile sul sito www.fondofis.it nella sezione Normativa.** Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail dpofis@enpaia.it. Il titolare del trattamento dati è Fondo FIS – Fondo Integrativo Sanitario dei dipendenti dei consorzi di bonifica e miglioramento fondiario con sede c/o Fondazione ENPAIA in Roma, viale Beethoven, 48 – 00144 contattabile alla mail fondofis@enpaia.it.

AFFINCHÉ IL FONDO POSSA TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI E PARTICOLARI NECESSARI ALLA GESTIONE DELLA RICHIESTA INOLTRATA, LA INVITIAMO A SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO (artt. 13 GDPR (Reg. UE 679/2016)

Dopo aver letto e compreso l'Informativa allegata, disponibile per esteso sul sito www.agrifondo.it nella sezione Normativa, in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative indicate nell'Informativa.

Cognome e Nome dell'Isritto (in stampatello) _____

consento

non consento

Si ricorda che in mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

(luogo e data) _____

firma dell'isritto

Solo nel caso in cui l'invio della richiesta venga effettuato da terzi, si invita l'iscritto a compilare e sottoscrivere la seguente

DELEGA

Il/la sottoscritto/a delega il/la _____

Via/Piazza _____ CAP _____

Città _____ Prov. _____ C.F. o P.IVA _____

ad agire in proprio nome e per proprio conto al fine di avviare la richiesta a cui il/la medesimo/a ha diritto in virtù del proprio vincolo associativo, autorizzandolo/a a richiedere informazioni, prendere contatti, inviare e ricevere documentazione, autorizzare pagamenti.

Esclusivamente per lo svolgimento delle attività sopra indicate e quelle strettamente connesse, autorizzo il/la delegato/a al trattamento dei dati anche particolari.

consento

non consento

In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Firma dell'iscritto _____