

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Residente in \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

Dipendente (o pensionato) del Consorzio di \_\_\_\_\_

**chiede il rimborso in:** **Formula A punto 1** - in caso di intervento chirurgico:

delle spese effettuate nei 90 giorni precedenti il ricovero;

delle spese per onorari medici e per la degenza;

delle spese effettuate nei 90 giorni successivi al ricovero.

 **Formula A punto 2** - in caso di intervento chirurgico senza spese:

dell'indennità giornaliera per ogni giorno di ricovero.

 **Formula A punto 3** - ricevute per visite specialistiche ed accertamenti diagnostici. **Formula B** - in caso di grande intervento chirurgico per coloro che hanno aderito anche alla formula facoltativa.**ed allega:** le fotocopie delle ricevute, i certificati con diagnosi/patologia ed in caso di intervento chirurgico la copia della cartella clinica.

Per le richieste relative ai familiari, allegare lo stato di famiglia, rilasciato al momento del sinistro.

**Fare un elenco dei documenti che si allegano alla presente richiesta.****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 la liquidazione dell'importo dovuto avvenga tramite:** **Bonifico bancario** intestato al sottoscritto, usando le seguenti coordinate bancarie internazionali:

IBAN \_\_\_\_\_

della Banca \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ via \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_

 **Assegno**

Data \_\_\_\_\_

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](http://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](mailto: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](mailto:fondofis@enpaia.it).

AFFINCHÉ IL FONDO POSSA TRATTARE I SUOI DATI PERSONALI E PARTICOLARI NECESSARI ALLA GESTIONE DELLA RICHIESTA INOLTATA, 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](http://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 \_\_\_\_\_