

MODULO DI VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA **Prosecutori Volontari**

ATTENZIONE per la validità del modulo allegare OGGI TORI MENTE copia tessera sanitaria e documento di identità di ogni iscritto
IL PRESENTE MODULO DOVRÀ ESSERE FIRMATO ED INVIATO AL FONDO SANITARIO IN VIA TELEMATICA AL SEGUENTE INDIRIZZO
dr.r@Ad.U@rRdS.UTdR-S-T

In alternativa il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo
FASIE VIA BENEDETTO CROCE ROMA RM

Cognome	PIZZI	Nome	GIOVANNI
codice fiscale	PZZI G N N 4 7 A 2 9 A 9 4 4 I	data di nascita	29/01/1947
comune e Stato di nascita	BOLOGNA	Prov	BO
Indirizzo di residenza	VIA ENRIQUES, 11	p	40139
comune di residenza	BOLOGNA	Prov	BO
Indirizzo e mail	PIZZI.GVN	GMAIL.COM	cellulare 335 6367 916
Settore di provenienza	NL ENERGIA	azienda di provenienza	ARS (ENI)

presenza visione dello ST TUTO del R OL M NTO e delle OPZIONI S NIT RI presenti sul sito internet istituzionale ed in particolare dell'articolo del Regolamento Variazione dell'opzione sanitaria L'opzione sanitaria può essere variata dal Titolare decorsi tre anni dalla precedente scelta

CHIEDO

di modificare l'OPZIONE S NIT RI attualmente vigente con la seguente

☒ OPZIONE BASE con l'inclusione in copertura del PROSECUTORE e con facoltà di iscrivere il NUCLEO FAMILIARE già iscritti
☐ OPZIONE STANDARD con l'inclusione in copertura del PROSECUTORE e con facoltà di iscrivere i FAMILIARI PAGANTI già iscritti
☐ OPZIONE EXTRA con l'inclusione in copertura del PROSECUTORE e con facoltà di iscrivere i FAMILIARI PAGANTI già iscritti
☐ OPZIONE PLUS con l'inclusione in copertura del PROSECUTORE e con facoltà di iscrivere il NUCLEO FAMILIARE già iscritti

CHIEDO inoltre la variazione dell'opzione per i seguenti familiari che risultano già iscritti

FAMILIARE	
Cognome	LELLI
Nome	MARIA CARLA
codice fiscale	LELLI M C R 4 6 D 4 5 A 9 4 4 W
data di nascita	05/04/1946
Sesso	M ☐ F ☒
comune e Stato di nascita	BOLOGNA
Prov	BO
Indirizzo di residenza	VIA ENRIQUES, 11
p	40139
comune di residenza	BOLOGNA
Prov	BO
☒ coniuge	☐ figlio a fino a anni ☐ convivente o figlio a oltre anni ☐ genitore ☐ fratello Sorella
FAMILIARE	
Cognome	
Nome	
codice fiscale	
data di nascita	
Sesso	M ☐ F ☐
comune e Stato di nascita	
Prov	
Indirizzo di residenza	
p	
comune di residenza	
Prov	
☐ coniuge	☐ figlio a fino a anni ☐ convivente o figlio a oltre anni ☐ genitore ☐ fratello Sorella



Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia

MODULO DI VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA **Prosecutori Volontari**

ATTENZIONE per la validità del modulo allegare OGGI TORI MENTE copia tessera sanitaria e documento di identità di ogni iscritto
IL PRESENTE MODULO DOVRÀ ESSERE FIRMATO ED INVIATO AL FONDO SANITARIO IN VIA TELEMATICA AL SEGUENTE INDIRIZZO

Ad r@Ad U@rRdS UTdR- S- -T
In alternativa il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo
FASIE VIA BENEDETTO CROCE ROMA RM

FAMILIARE

Cognome _____ Nome _____
Codice fiscale _____ Data di nascita _____ Sesso M _____
Comune e Stato di nascita _____ Prov _____
Indirizzo di residenza _____ P _____
Comune di residenza _____ Prov _____
☐ coniuge ☐ figlio a fino a _____ anni ☐ convivente o figlio a oltre _____ anni ☐ genitore ☐ fratello Sorella

Mi impegno a comunicare ogni variazione dei dati anagrafici miei e dei miei familiari. 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 altresì ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dal Regolamento del Fondo FASIE e a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione.

DICHIARO di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti.

La presente richiesta dovrà essere inviata al SI entro il _____ dicembre con decorrenza _____ gennaio dell'anno successivo.

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

Data compilazione 30/11/2024

Firma del prosecutore aaa

Si allegano per ciascun iscritto:
- copia del documento di riconoscimento
- copia della tessera sanitaria

Consenso al trattamento dei dati personali **GDPR Regolamento UE**

Ichiaro di aver letto e compreso l'informatica allegata al presente modulo ed esprimo il consenso al trattamento dei miei dati personali incluse le categorie particolari di dati relativi alla salute per le finalità di cui al punto _____ finalità del trattamento. Il consenso esteso nei confronti del service amministrativo delle banche e delle società che gestiscono servizi postali.

Data compilazione 30/11/2024

Firma del prosecutore _____

Firma dei Familiari se minore firma di chi esercita la potestà genitoriale o di chi ne ha la tutela

MARIA CARLA LELLI

NOM _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

IRME _____ IL _____

NOM _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

IRME _____ IL _____

NOM _____ COGNOME _____ DATA DI NASCITA _____

IRME _____ IL _____

Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia Via Benedetto Croce

Iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari Decreto Ministero della Salute

ROMA Codice Fiscale

e



Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia

MODULO DI VARIAZIONE DELL'OPZIONE SANITARIA

ATTENZIONE per la validità del modulo allegare OGGI TORI MENTE copia tessera sanitaria e documento di identità di ogni iscritto
IL PRESENTE MODULO DOVRÀ ESSERE FIRMATO ED INVIATO AL FONDO SANITARIO IN VIA TELEMATICA AL SEGUENTE INDIRIZZO
AdR_r@Ad_U@RdS_UTdR-S-T
In alternativa il presente modulo dovrà pervenire al Fondo Sanitario al seguente indirizzo
FASIE VIA BENEDETTO CROCE ROMA RM

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Regolamento UE

In base ai sensi dell'art. 1 del Regolamento UE 2016/679, nel seguito indicato semplicemente come "PR", che prevede che la persona i cui dati vengono trattati sia debitamente informata su tale trattamento, il Fondo SI di seguito Fondo Sanitario La informa che i dati personali dei propri iscritti saranno trattati come segue:

FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

La raccolta ed il trattamento dei dati personali degli iscritti al Fondo Sanitario sono effettuati per:

- ☐ valutare la corretta posizione giuridica e contributiva del lavoratore aderente nonché dei componenti del suo nucleo familiare se ne è stata chiesta l'iscrizione per la gestione delle prestazioni secondo lo Statuto ed il Regolamento del Fondo
- ☐ la gestione amministrativa delle quote contributive ed eventualmente per il recupero delle quote non versate
- ☐ finalità connesse al necessario espletamento di attività amministrative contabili fiscali patrimoniali statistiche attuariali al funzionamento istituzionale del Fondo e al rinnovo degli Organi collegiali
- ☐ consentire agli aderenti di conoscere l'attività del Fondo sanitario e quindi di essere aggiornati sulle materie attinenti ai servizi offerti. I dati potranno essere utilizzati per inviare con varie modalità agli associati comunicazioni istituzionali quali notiziari, bollettini, newsletter e materiale informativo
- ☐ in esecuzione di obblighi previsti da leggi, regolamenti o dalla normativa comunitaria nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a cui legittimate o da organi di vigilanza a cui il Fondo Sanitario è soggetto

La base giuridica del trattamento è costituita per i dati ordinari dall'esecuzione del contratto associativo di cui l'interessato parte in particolare statuto e regolamento del Fondo per le categorie particolari di dati sanitari dal consenso esplicito prestato dall'interessato in relazione al contratto associativo di cui parte.

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. Nessun dato personale degli utenti viene in proposito acquisito dal sito. Non viene fatto uso di cookies per la trasmissione di informazioni di carattere personale. Non vengono utilizzati né cookies persistenti di alcun tipo, ovvero sistemi per il tracciamento degli utenti.

MODALITÀ 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. Il Fondo SI non adotta alcun processo decisionale automatizzato compresa la profilazione di cui all'articolo 4, paragrafi 1 e 2 del Regolamento UE 2016/679. 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.

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 e preposti dal Fondo sanitario alla riscossione dei contributi e al pagamento delle prestazioni
- ☐ compagnie di assicurazione incaricate della gestione delle risorse del Fondo Sanitario
- ☐ società di servizi amministrativi contabili ed informatici debitamente nominate Responsabili del trattamento
- ☐ pubbliche amministrazioni ed organi di vigilanza quando previsto dalla normativa vigente
- ☐ I dipendenti e o collaboratori e o professionisti consulenti del Fondo Sanitario incaricati delle relative operazioni di trattamento
- ☐ Società che effettuano per conto del Fondo Sanitario servizi postali informatizzati per l'invio di comunicazioni agli associati ed a soggetti interessati alle attività di assistenza sanitaria integrativa debitamente nominati responsabili del trattamento

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.

CATEGORIE DI DATI PERSONALI

Le comunichiamo le categorie di dati personali che verranno trattati per le finalità di cui sopra: i dati personali di natura anagrafica comprese le coordinate bancarie dove sono accreditati i benefici economici, i dati di natura sanitaria comprese le prestazioni di assistenza sanitaria, i dati di natura sanitaria integrativa, i dati relativi al suo stato di salute.

Questi sono stati forniti:

1) dall'impresa presso la quale lavora alla quale ha manifestato l'intenzione di iscriversi al Fondo Sanitario, dati anagrafici e i ban-

2) dalla struttura convenzionata presso la quale ha usufruito di prestazioni rimborsabili da parte del Fondo Sanitario, dati sanitari.

PERIODO DI CONSERVAZIONE

Salvo che l'interessato non esprima esplicitamente la propria volontà di rimuoverli, i dati personali saranno conservati fino a che saranno necessari rispetto alle legittime finalità per le quali sono stati raccolti. In particolare, i dati contabili, inclusi i dati dei rimborsi effettuati, saranno conservati per il periodo di conservazione obbligatoria per le scritture contabili. I dati sanitari verranno conservati per il periodo di prescrizione ordinaria di 10 anni a partire dalla data della richiesta di rimborso.

DIRITTI DELL'INTERESSATO

Il PR riconosce il diritto di accesso ai suoi dati, di chiederne la rettifica, la cancellazione o la limitazione del trattamento, di opporsi al loro trattamento ed il diritto alla portabilità dei suoi dati. Per meglio comprendere tali diritti, ricordiamo che essi sono elencati negli articoli: diritto di accesso, diritto di rettifica, diritto alla cancellazione, diritto di limitazione del trattamento, diritto alla portabilità dei dati e diritto di opposizione del PR.

TITOLARE E RESPONSABILI

Titolare del trattamento dei dati: il Fondo Sanitario SI con sede in Piazzale Luigi Sturzo, Roma, II PO, contattabile all'indirizzo mail privacy.fasie@gmail.com. Il responsabile esterno del trattamento per i servizi amministrativi: UniSalute Servizi Srl, divisione SiSalute, www.si.salute.it con sede in Via Larga n. 10, Bologna.

Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa Energia Via Benedetto Croce ROMA Codice Fiscale
Iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari Decreto Ministero della Salute e