

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_

Azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Chiedo di essere iscritto alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo accettando integralmente lo Statuto sociale e il Regolamento applicativo in vigore, di cui ho avuto copia e che dichiaro di conoscere, per averlo già letto. Nel caso in cui il CdA deliberi la mia ammissione a socio ordinario chiedo di essere collocato nella seguente forma di assistenza base, impegnandomi a versare un contributo annuo pari a:

APCO BASE (18-67 anni) € 492,00  APCO BASE (68-75 anni) € 588,00  APCO PLUS (18-67 anni) € 930,00  APCO PLUS (68-75 anni) € 1.128,00

Domando di aderire alla seguente forma di assistenza aggiuntiva: \_\_\_\_\_ compilare l'autocertificazione per ogni figlio

**APCO BASE:**  Convivente (18-67 anni) € 492,00  Convivente (68-75 anni) € 588,00  1 figlio € 420,00  2 figli € 804,00  oltre 2 figli € 1.200,00

**APCO PLUS:**  Convivente (18-67 anni) € 930,00  Convivente (68-75 anni) € 1.128,00  1 figlio € 792,00  2 figli € 1.524,00  oltre 2 figli € 2.256,00

L'adesione alle suddette forme di assistenza aggiuntive dedicate potrà avvenire solo se richiesta cumulativamente e contestualmente entro e non oltre 30 gg dalla sottoscrizione della domanda di adesione, non essendo possibile non solo l'iscrizione disgiunta a solo una di esse, ma neppure la loro adesione in tempi diversi, fatta eccezione per l'ipotesi di variazione dello stato di famiglia.

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ euro tramite:

Bonifico bancario IBAN IT62E0335901600100000124565  
*Banca Prossima - Sede di Milano*

semestrale

annuale

Addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA) con frequenza

semestrale

annuale

Conto corrente postale n° 36252203 con frequenza

semestrale

annuale

| Codici interni |       |
|----------------|-------|
| _____          | _____ |
| _____          | _____ |
| _____          | _____ |

Mese e anno primo pagamento \_\_\_\_\_

Data di iscrizione \_\_\_\_\_

Per il primo anno di iscrizione il versamento è pari a € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

Matricola  
Cesare Pozzo \_\_\_\_\_

Sono a conoscenza che la decorrenza della data di iscrizione sarà quella del primo giorno del mese successivo al primo pagamento del contributo associativo e che l'iscrizione si riterrà tacitamente rinnovata dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, ove non intervenga revoca per iscritto a mezzo raccomandata inviata alla sede legale della Società, ovvero all'indirizzo di posta elettronica della Società a condizione che sia stata spedita unicamente da un indirizzo di posta elettronica certificata di cui sia titolare il socio revocante. In ogni caso la disdetta deve pervenire entro e non oltre il 30 Settembre.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c., le seguenti norme:

Art. 19 dello Statuto "Collegio dei Probiviri"

Art. 22 dello Statuto "Collegio Arbitrale - Foro esclusivamente competente"

Art. 1.7 del Regolamento applicativo dello Statuto "Esclusione del diritto ai sussidi"

Art. 3.7 del Regolamento applicativo dello Statuto "Perdita dei sussidi per morosità. Esclusione da socio"

Art. 4.8 del Regolamento applicativo dello Statuto "Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati"

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di accettare sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1342 c.c. tutte le eventuali variazioni apportate dagli organi sociali allo Statuto sociale, al Regolamento applicativo in vigore e ai relativi Allegati e comunque tutte le deliberazioni assunte in conformità alle norme sociali.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

### Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

(del richiedente)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto la quota di ammissione relativa alla presente domanda

Località \_\_\_\_\_ data della domanda \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

(il Rappresentante)

Matricola C. P. \_\_\_\_\_  
(del Rappresentante)

PER LA SEDE NAZIONALE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_

Azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Chiedo di essere iscritto alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo accettando integralmente lo Statuto sociale e il Regolamento applicativo in vigore, di cui ho avuto copia e che dichiaro di conoscere, per averlo già letto. Nel caso in cui il CdA deliberi la mia ammissione a socio ordinario chiedo di essere collocato nella seguente forma di assistenza base, impegnandomi a versare un contributo annuo pari a:

APCO BASE (18-67 anni) € 492,00  APCO BASE (68-75 anni) € 588,00  APCO PLUS (18-67 anni) € 930,00  APCO PLUS (68-75 anni) € 1.128,00

Domando di aderire alla seguente forma di assistenza aggiuntiva: \_\_\_\_\_ compilare l'autocertificazione per ogni figlio

**APCO BASE:**  Convivente (18-67 anni) € 492,00  Convivente (68-75 anni) € 588,00  1 figlio € 420,00  2 figli € 804,00  oltre 2 figli € 1.200,00

**APCO PLUS:**  Convivente (18-67 anni) € 930,00  Convivente (68-75 anni) € 1.128,00  1 figlio € 792,00  2 figli € 1.524,00  oltre 2 figli € 2.256,00

L'adesione alle suddette forme di assistenza aggiuntive dedicate potrà avvenire solo se richiesta cumulativamente e contestualmente entro e non oltre 30 gg dalla sottoscrizione della domanda di adesione, non essendo possibile non solo l'iscrizione disgiunta a solo una di esse, ma neppure la loro adesione in tempi diversi, fatta eccezione per l'ipotesi di variazione dello stato di famiglia.

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ euro tramite:

Bonifico bancario IBAN IT62E0335901600100000124565  semestrale  annuale  
*Banca Prossima - Sede di Milano*

Addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA) con frequenza \_\_\_\_\_  semestrale  annuale

Conto corrente postale n° 36252203 con frequenza \_\_\_\_\_  semestrale  annuale

Mese e anno primo pagamento \_\_\_\_\_

Data di iscrizione \_\_\_\_\_

Per il primo anno di iscrizione il versamento è pari a € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

| Codici interni |       |
|----------------|-------|
| _____          | _____ |
| _____          | _____ |
| _____          | _____ |

Matricola Cesare Pozzo \_\_\_\_\_

Sono a conoscenza che la decorrenza della data di iscrizione sarà quella del primo giorno del mese successivo al primo pagamento del contributo associativo e che l'iscrizione si riterrà tacitamente rinnovata dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, ove non intervenga revoca per iscritto a mezzo raccomandata inviata alla sede legale della Società, ovvero all'indirizzo di posta elettronica della Società a condizione che sia stata spedita unicamente da un indirizzo di posta elettronica certificata di cui sia titolare il socio revocante. In ogni caso la disdetta deve pervenire entro e non oltre il 30 Settembre.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c., le seguenti norme:

Art. 19 dello Statuto "Collegio dei Probiviri"

Art. 22 dello Statuto "Collegio Arbitrale - Foro esclusivamente competente"

Art. 1.7 del Regolamento applicativo dello Statuto "Esclusione del diritto ai sussidi"

Art. 3.7 del Regolamento applicativo dello Statuto "Perdita dei sussidi per morosità. Esclusione da socio"

Art. 4.8 del Regolamento applicativo dello Statuto "Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati"

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di accettare sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1342 c.c. tutte le eventuali variazioni apportate dagli organi sociali allo Statuto sociale, al Regolamento applicativo in vigore e ai relativi Allegati e comunque tutte le deliberazioni assunte in conformità alle norme sociali.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)**

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società la cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
*(del richiedente)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto la quota di ammissione relativa alla presente domanda

Località \_\_\_\_\_ data della domanda \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Matricola C. P. \_\_\_\_\_  
*(il Rappresentante) (del Rappresentante)*

**PER LA SEDE REGIONALE**

DA/APCO-01-2017

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F

nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

residente \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_

Codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_

Azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_

Professione \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_

Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

Chiedo di essere iscritto alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo accettando integralmente lo Statuto sociale e il Regolamento applicativo in vigore, di cui ho avuto copia e che dichiaro di conoscere, per averlo già letto. Nel caso in cui il CdA deliberi la mia ammissione a socio ordinario chiedo di essere collocato nella seguente forma di assistenza base, impegnandomi a versare un contributo annuo pari a:

APCO BASE (18-67 anni) € 492,00  APCO BASE (68-75 anni) € 588,00  APCO PLUS (18-67 anni) € 930,00  APCO PLUS (68-75 anni) € 1.128,00

Domando di aderire alla seguente forma di assistenza aggiuntiva: \_\_\_\_\_ compilare l'autocertificazione per ogni figlio

**APCO BASE:**  Convivente (18-67 anni) € 492,00  Convivente (68-75 anni) € 588,00  1 figlio € 420,00  2 figli € 804,00  oltre 2 figli € 1.200,00

**APCO PLUS:**  Convivente (18-67 anni) € 930,00  Convivente (68-75 anni) € 1.128,00  1 figlio € 792,00  2 figli € 1.524,00  oltre 2 figli € 2.256,00

L'adesione alle suddette forme di assistenza aggiuntive dedicate potrà avvenire solo se richiesta cumulativamente e contestualmente entro e non oltre 30 gg dalla sottoscrizione della domanda di adesione, non essendo possibile non solo l'iscrizione disgiunta a solo una di esse, ma neppure la loro adesione in tempi diversi, fatta eccezione per l'ipotesi di variazione dello stato di famiglia.

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ euro tramite:

Bonifico bancario IBAN IT62E0335901600100000124565  semestrale  annuale  
*Banca Prossima - Sede di Milano*

Addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA) con frequenza \_\_\_\_\_ semestrale \_\_\_\_\_ annuale

Conto corrente postale n° 36252203 con frequenza \_\_\_\_\_ semestrale \_\_\_\_\_ annuale

Mese e anno primo pagamento \_\_\_\_\_

Data di iscrizione \_\_\_\_\_

Per il primo anno di iscrizione il versamento è pari a € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_

| Codici interni |       |
|----------------|-------|
| _____          | _____ |
| _____          | _____ |
| _____          | _____ |

Matricola Cesare Pozzo \_\_\_\_\_

Sono a conoscenza che la decorrenza della data di iscrizione sarà quella del primo giorno del mese successivo al primo pagamento del contributo associativo e che l'iscrizione si riterrà tacitamente rinnovata dal 1 gennaio al 31 dicembre di ogni anno, ove non intervenga revoca per iscritto a mezzo raccomandata inviata alla sede legale della Società, ovvero all'indirizzo di posta elettronica della Società a condizione che sia stata spedita unicamente da un indirizzo di posta elettronica certificata di cui sia titolare il socio revocante. In ogni caso la disdetta deve pervenire entro e non oltre il 30 Settembre.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di approvare espressamente, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c., le seguenti norme:  
 Art. 19 dello Statuto " Collegio dei Probiviri"  
 Art. 22 dello Statuto "Collegio Arbitrale - Foro esclusivamente competente"  
 Art. 1.7 del Regolamento applicativo dello Statuto "Esclusione del diritto ai sussidi"  
 Art. 3.7 del Regolamento applicativo dello Statuto "Perdita dei sussidi per morosità. Esclusione da socio"  
 Art. 4.8 del Regolamento applicativo dello Statuto "Esclusione di responsabilità della Società per prestazioni erogate presso strutture e/o da professionisti convenzionati"

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

Il sottoscritto dichiara di accettare sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1342 c.c. tutte le eventuali variazioni apportate dagli organi sociali allo Statuto sociale, al Regolamento applicativo in vigore e ai relativi Allegati e comunque tutte le deliberazioni assunte in conformità alle norme sociali.

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_

**Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)**

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
*(del richiedente)*

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver ricevuto la quota di ammissione relativa alla presente domanda

Località \_\_\_\_\_ data della domanda \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Matricola C. P. \_\_\_\_\_  
*(il Rappresentante)* *(del Rappresentante)*

**PER IL SOCIO**

DA/APCO-01-2017

# Mod. reg. 3 Autocertificazione del nucleo familiare

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F  
 nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 residente \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
 Cap \_\_\_\_\_ Comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
 Codice fiscale \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
 Azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
 Professione \_\_\_\_\_ Nazionalità \_\_\_\_\_  
 Telefono \_\_\_\_\_ Cell. \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

preso atto dell'informativa fornita dalla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003, e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso, ai sensi degli artt. 23 e 26 del predetto decreto legislativo al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo nei confronti dei

- propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio;
- istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;
- soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà;
- società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc).

### Inoltre DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ

e consapevole delle conseguenze, anche legali art. 482 e 486 C.P. e che comunque potrebbero inficiare il diritto ai sussidi in caso di dichiarazione mendace, che il proprio nucleo familiare avente diritto di cui all'articolo 2.1. del Regolamento della Società, è così composto:

| Grado parentela (1) | Nominativo familiare  | Data di nascita | Luogo di nascita/Provincia | Carico fiscale (si/no) (2) | Firma del familiare (3) |
|---------------------|-----------------------|-----------------|----------------------------|----------------------------|-------------------------|
|                     |                       |                 |                            |                            |                         |
|                     | <b>Codice Fiscale</b> |                 | <b>Professione</b>         |                            |                         |
|                     |                       |                 |                            |                            |                         |
|                     | <b>Codice Fiscale</b> |                 | <b>Professione</b>         |                            |                         |
|                     |                       |                 |                            |                            |                         |
|                     | <b>Codice Fiscale</b> |                 | <b>Professione</b>         |                            |                         |
|                     |                       |                 |                            |                            |                         |
|                     | <b>Codice Fiscale</b> |                 | <b>Professione</b>         |                            |                         |
|                     |                       |                 |                            |                            |                         |
|                     | <b>Codice Fiscale</b> |                 | <b>Professione</b>         |                            |                         |
|                     |                       |                 |                            |                            |                         |

Firma \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

#### Trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/2003)

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 e successive modifiche ed integrazioni, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali secondo quanto riportato nella stessa informativa. Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della Società nei confronti dei: a) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio; b) istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi; c) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà; d) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio. Il consenso è pure reso con riguardo all'acquisizione dei dati sensibili e di quelli connessi alla salute, necessari per la valutazione delle domande di sussidio (diagnosi, prescrizione medica, fotocopia della cartella clinica, ecc.).

Firma \_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

- (1) Specificare se coniuge, convivente legato da vincolo affettivo, figlio/a. In caso di convivente legato da vincolo affettivo, allegare compilato in ogni parte il Mod MDCN/2016 e Mod DC/2016
- (2) Indicare se a carico fiscale del socio (SI/NO)
- (3) Con la firma il familiare intende accordato il proprio consenso al trattamento dei dati personali, così come sopra specificato. Per i figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del socio

## **INFORMATIVA AI SENSI DELL'ART. 13 DEL DECRETO LEGISLATIVO 30/6/2003 N. 196 CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI**

La Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo eroga assistenza sanitaria integrativa e previdenziale in favore dei propri soci e familiari aventi diritto, così come definiti nel proprio Statuto e Regolamento.

A tale scopo acquisisce informazioni relativamente ai propri soci e familiari aventi diritto, nonché alle prestazioni sanitarie per le quali gli stessi provvedono a richiedere il sussidio.

Ai sensi dell'art. 13 del Decreto Legislativo 196/2003 che reca disposizioni in materia di protezione dei dati personali, si informa di quanto segue:

- a) il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti, anche sensibili, è diretto all'espletamento delle finalità istituzionali attinenti l'esercizio dell'attività previdenziale e assistenziale, nonché assistenza sanitaria e parasanitaria e di quelle ad esse connesse ai sensi delle vigenti disposizioni di legge. Il trattamento può essere effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati e può consistere in qualunque operazione o complesso di operazioni tra quelle indicate all'art. 4, comma 1, lettera a) del decreto legislativo citato;
- b) il conferimento dei dati personali è essenziale per la gestione del rapporto associativo e, pertanto, obbligatorio;
- c) il rifiuto a fornire i dati personali o l'autorizzazione al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo o, se questa è già in atto, la sospensione dell'efficacia del rapporto associativo;
- d) i dati personali inerenti le iscrizioni eseguite in conformità allo Statuto e Regolamento vigenti non sono soggetti a diffusione e sono comunicati a:
  - 1) propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio (contabilità, bilanci, questioni fiscali, servizi informativi, pagamenti contributi associativi, verifiche documenti sanitari e ogni altro documento previsto dalle norme societarie per la domanda di sussidio);
  - 2) istituti bancari, postali, a società che forniscono servizi collaterali, per la gestione di incassi relativi al pagamento dei contributi associativi e pagamenti derivanti dall'erogazione dei sussidi;
  - 3) soggetti e Enti aventi finalità mutualistiche o sociali o culturali o sindacali, comunque per scopi di solidarietà;
  - 4) società il cui capitale sia detenuto in quota parte, prevalentemente a maggioranza del sodalizio.

I dati personali inerenti le prestazioni previste dallo Statuto e dal Regolamento non sono soggetti a diffusione.

Il trattamento dei dati in questione, necessari per le finalità istituzionali, avviene mediante strumenti idonei alla sicurezza e riservatezza del trattamento stesso;

- e) l'interessato al trattamento dei dati personali ha i diritti di cui al Titolo II (Artt. 7-10) del decreto legislativo indicato, il cui testo è riportato a stralcio in calce alla presente informativa;
- f) titolare del trattamento è la "Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo" - con sede in Milano - 20124 - Via San Gregorio 48 int.46.

### **Art. 7, Decreto Legislativo 196/2003 *Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti (stralcio dal Titolo II)***

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
  - a) dell'origine dei dati personali;
  - b) delle finalità e modalità del trattamento;
  - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
  - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'articolo 5, comma 2;
  - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
  - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
  - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
  - c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
  - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorchè pertinenti allo scopo della raccolta;
  - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.