

# DOMANDA DI AMMISSIONE/ADESIONE

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria  
dal 1877

VIA SAN GREGORIO, 48 - 20124 MILANO  
WWW.MUTUACESAREPOZZO.ORG  
C.F. 80074030158  
ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE N° C1000040

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ 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:

TUTELA GLOBALE € 252,00     PRIMA TUTELA € 180,00     ALTRO \_\_\_\_\_

Domando di aderire alla/e seguente/i forma/e di assistenza aggiuntiva/e:

SALUTE PIÙ € 228,00     SALUTE SINGLE € 108,00     TUTELA FIGLI € 90,00  
 PARTNER € 72,00     TUTELA INIDONEITÀ € 60,00     TUTELA INIDONEITÀ PARTNER € 60,00  
 PROFESSIONALE € 12,00     ALTRO \_\_\_\_\_

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

sottoscrizione di delega per la trattenuta del contributo in forma rateale tramite il proprio datore di lavoro  
 addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA Direct Debit) con frequenza:     annuale     semestrale     trimestrale  
 conto corrente postale con frequenza:     annuale     semestrale     trimestrale  
 bonifico bancario con frequenza:     annuale     semestrale     trimestrale

Mese e anno primo pagamento (MM/AAAA) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_    Data di iscrizione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

## Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili 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 inoltre 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 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
dichiara di aver ricevuto la presente domanda debitamente compilata e sottoscritta in originale

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

Firma \_\_\_\_\_ matricola CP \_\_\_\_\_  
(il rappresentante) (del rappresentante)

SPAZIO PER PROTOCOLLO

# DOMANDA DI AMMISSIONE/ADESIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ 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:

TUTELA GLOBALE € 252,00     PRIMA TUTELA € 180,00     ALTRO \_\_\_\_\_

Domando di aderire alla/e seguente/i forma/e di assistenza aggiuntiva/e:

SALUTE PIÙ € 228,00     SALUTE SINGLE € 108,00     TUTELA FIGLI € 90,00  
 PARTNER € 72,00     TUTELA INIDONEITÀ € 60,00     TUTELA INIDONEITÀ PARTNER € 60,00  
 PROFESSIONALE € 12,00     ALTRO \_\_\_\_\_

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

sottoscrizione di delega per la trattenuta del contributo in forma rateale tramite il proprio datore di lavoro  
 addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA Direct Debit) con frequenza:     annuale     semestrale     trimestrale  
 conto corrente postale con frequenza:     annuale     semestrale     trimestrale  
 bonifico bancario con frequenza:     annuale     semestrale     trimestrale

Mese e anno primo pagamento (MM/AAAA) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_    Data di iscrizione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

## Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili 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 inoltre 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 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
dichiara di aver ricevuto la presente domanda debitamente compilata e sottoscritta in originale

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

Firma \_\_\_\_\_ matricola CP \_\_\_\_\_  
(il rappresentante) (del rappresentante)

SPAZIO PER PROTOCOLLO

# DOMANDA DI AMMISSIONE/ADESIONE

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ 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:

TUTELA GLOBALE € 252,00  PRIMA TUTELA € 180,00  ALTRO \_\_\_\_\_

Domando di aderire alla/e seguente/i forma/e di assistenza aggiuntiva/e:

SALUTE PIÙ € 228,00  SALUTE SINGLE € 108,00  TUTELA FIGLI € 90,00  
 PARTNER € 72,00  TUTELA INIDONEITÀ € 60,00  TUTELA INIDONEITÀ PARTNER € 60,00  
 PROFESSIONALE € 12,00  ALTRO \_\_\_\_\_

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

sottoscrizione di delega per la trattenuta del contributo in forma rateale tramite il proprio datore di lavoro  
 addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA Direct Debit) con frequenza:  annuale  semestrale  trimestrale  
 conto corrente postale con frequenza:  annuale  semestrale  trimestrale  
 bonifico bancario con frequenza:  annuale  semestrale  trimestrale

Mese e anno primo pagamento (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data di iscrizione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

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 \_\_\_\_\_

## Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili 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 inoltre 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 \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_  
dichiara di aver ricevuto la presente domanda debitamente compilata e sottoscritta in originale

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

Firma \_\_\_\_\_ matricola CP \_\_\_\_\_  
(il rappresentante) (del rappresentante)

SPAZIO PER PROTOCOLLO

**DELEGA PER LA TRATTENUTA  
DEL CONTRIBUTO ASSOCIATIVO**

SOCIETÀ DI MUTUO SOCCORSO  
**CESAREPOZZO**  
servizi d'integrazione sanitaria  
dal 1877

VIA SAN GREGORIO, 48 - 20124 MILANO  
WWW.MUTUACESAREPOZZO.ORG  
C.F. 80074030158  
ALBO SOCIETÀ COOPERATIVE N° C1000040

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Autorizzo l'Ente sopra indicato a trattenere annualmente la somma, corrispondente alle forme di assistenza scelte, frazionata in 12 (dodici) mensilità.

TUTELA GLOBALE € 252,00     PRIMA TUTELA € 180,00     ALTRO \_\_\_\_\_

Domando di aderire alla/e seguente/i forma/e di assistenza aggiuntiva/e:

SALUTE PIÙ € 228,00     SALUTE SINGLE € 108,00     TUTELA FIGLI € 90,00  
 PARTNER € 72,00     TUTELA INIDONEITÀ € 60,00     TUTELA INIDONEITÀ PARTNER € 60,00  
 PROFESSIONALE € 12,00     ALTRO \_\_\_\_\_

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

SPAZIO PER PROTOCOLLO

Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_  M  F  
nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
residente in via/piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ comune \_\_\_\_\_ prov. \_\_\_\_\_  
codice fiscale \_\_\_\_\_ nazionalità \_\_\_\_\_  
azienda e/o luogo di lavoro \_\_\_\_\_  
professione \_\_\_\_\_ matricola aziendale \_\_\_\_\_  
telefono \_\_\_\_\_ cellulare \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili**

Preso atto dell'informativa fornita dalla S.N.M.S. Cesare Pozzo ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, il Socio esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso, ai sensi degli artt. 4, 7 e 9 Regolamento UE 2016/679 al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili secondo quanto riportato nella stessa informativa.

Il consenso è in particolare reso con riferimento alle comunicazioni della S.N.M.S. 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, nonché 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)

Il consenso è, inoltre, 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 \_\_\_\_\_

**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 (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> |                            |                    |                         |
|                       |                      |                    |                            |                    |                         |
| <b>Codice Fiscale</b> |                      | <b>Professione</b> |                            |                    |                         |

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

**Consenso al trattamento dei dati personali e sensibili**

Con la sottoscrizione della domanda di ammissione il Socio, preso atto dell'informativa fornita dalla Società ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679, esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso al trattamento e alla comunicazione dei dati personali e sensibili 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 inoltre 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 \_\_\_\_\_

- (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

SPAZIO PER PROTOCOLLO

## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI Regolamento UE 2016/679, art. 13

La Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, con sede legale in Via San Gregorio 48 - 20124 Milano (MI), in qualità di Titolare del trattamento, La informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR) e della normativa vigente in materia, che i suoi dati saranno trattati con le modalità e per le seguenti finalità:

### Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali identificativi (nome, cognome, indirizzo, telefono, e-mail, riferimenti bancari e di pagamento), anche sensibili, da Lei comunicati all'atto della sottoscrizione della domanda di adesione a socio, nonché durante il rapporto associativo.

Il trattamento 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.

### Finalità, base giuridica e natura obbligatoria o facoltativa del Trattamento

I suoi dati personali sono trattati:

a) senza il Suo consenso espresso (art. 6 lett. c), f) GDPR), per le seguenti finalità quando:

- a.1) è necessario adempiere agli obblighi previsti dalla legge, da un regolamento, dalla normativa comunitaria o da un ordine dell'Autorità;
- a.2) è necessario accertare, esercitare o difendere i diritti del Titolare, ad esempio il diritto di difesa in giudizio;

b) solo previo Suo esplicito e distinto consenso (artt. 7 e 9 GDPR), per le seguenti finalità mutualistiche:

- b.1) perfezionare l'adesione associativa;
- b.2) dare attuazione a quanto previsto dalla forma di assistenza base ed eventualmente aggiuntiva/e a cui ha aderito, in favore dei soci per sé e/o per gli aventi diritto, per quel che riguarda i dati personali che sono comunicati al momento dell'adesione, nonché di quelli raccolti nel corso del rapporto associativo, ivi inclusi dati sensibili e quelli connessi alla salute.

La base legale del trattamento di dati personali per le finalità di cui al punto a.1) è un obbligo di legge; a.2) il perseguimento di un legittimo interesse del Titolare; b.1) e b.2) è l'esplicito consenso del socio.

Il conferimento dei dati personali per le finalità sopra elencate è essenziale per la gestione del rapporto associativo e, pertanto, obbligatorio. Il rifiuto a fornire i dati personali o l'autorizzazione al loro trattamento comporta l'impossibilità di procedere all'iscrizione alla S.N.M.S. Cesare Pozzo o, se questa è già in atto, la sospensione dell'efficacia del rapporto associativo.

### Modalità di Trattamento

I suoi dati sono sottoposti a trattamento sia cartaceo che elettronico e/o automatizzato, mediante l'utilizzo di strumenti e procedure idonee a garantire la massima sicurezza e riservatezza. È realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art.4 n. 2) GDPR e precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, comunicazione, limitazione, cancellazione e distruzione dei dati.

### Destinatari (comunicazione e diffusione)

I dati personali inerenti le iscrizioni eseguite in conformità allo Statuto e Regolamento vigenti non sono soggetti a diffusione e sono comunicati a:

- personale e collaboratori in qualità di addetti al trattamento dei dati personali, nelle aree di competenza;
- propri consulenti e/o soggetti esterni con specifici incarichi per conto del Sodalizio (contabilità, bilanci, questioni fiscali, servizi informativi di qualsiasi natura, pagamenti contributi associativi, verifiche documenti sanitari e ogni altro documento previsto dalle norme societarie per la domanda di sussidio);
- 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;
- a soggetti pubblici che possono accedere ai Suoi dati in forza di disposizioni di legge o di regolamento, nei limiti previsti da tali norme.

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

### Trasferimenti

I dati personali sono conservati su server ubicati a Milano, all'interno dell'Unione Europea.

Resta inteso che, ove si rendesse necessario, il Titolare avrà facoltà di spostare i server anche extra-UE, assicurando sin da ora che il medesimo trasferimento dei dati, avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili, previa stipula delle clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

### Conservazione dei dati

I dati personali conferiti saranno conservati per il tempo necessario per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi richiesti, e comunque per un tempo non eccedente al raggiungimento delle finalità sopra descritte e per gli obblighi previsti dalla legge, o fino a che non intervenga la revoca del consenso specifico da parte dell'interessato.

### Diritti dell'interessato

Ai sensi degli artt. 13, comma 2, lettere (b) e (d), 15, 18, 19 e 21 del GDPR, si informa l'interessato che:

- ha il diritto di chiedere al Titolare l'accesso ai dati personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi, l'integrazione dei dati o la limitazione del trattamento che La riguardano o di opporsi al loro trattamento, oltre al diritto alla portabilità dei dati;
- ha il diritto di proporre reclamo al Garante della Privacy laddove ritenga che i Suoi dati siano stati trattati in modo illegittimo, raggiungibile al sito [www.garanteprivacy.it](http://www.garanteprivacy.it);
- il Titolare garantisce che eventuali rettifiche o cancellazioni o limitazioni del trattamento effettuate su richiesta dell'interessato, salvo che ciò si riveli impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato – saranno comunicate dal Titolare a ciascuno dei destinatari cui sono stati trasmessi i dati personali. Il Titolare del trattamento comunica all'interessato tali destinatari qualora l'interessato lo richieda;
- in qualsiasi momento potrà inoltre revocare il consenso prestato;
- l'esercizio dei diritti non è soggetto ad alcun vincolo di forma e Le verrà fornito riscontro entro 30 giorni in forma scritta.

### Modalità di esercizio dei diritti

Potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una e-mail/Pec all'indirizzo [privacy@mutuacesarepozzo.it](mailto:privacy@mutuacesarepozzo.it);
- una raccomandata a/r a: Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo via S. Gregorio 48 20124 Milano

### Titolare, Data Protection Officer, Responsabile, Incaricati

Il Titolare del trattamento è Società Nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo, con sede legale in Via San Gregorio 48 – 20124 Milano (MI).

A sua volta, il Titolare ha nominato un Responsabile della protezione dei dati (Data Protection Officer) disponibile all'indirizzo: [dpo@mutuacesarepozzo.it](mailto:dpo@mutuacesarepozzo.it) per qualunque informazione inerente il trattamento dei dati personali.

L'elenco aggiornato dei responsabili e degli addetti al trattamento è custodito presso la sede legale del Titolare del trattamento.