

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:

- USARCI BASE € 228,00 USARCI FAMIGLIA € 246,00
- USARCI Salute Socio € 200,00 USARCI Salute Coniuge € 180,00 USARCI Salute Figli € 150,00

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di _____, _____ euro 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) con frequenza trimestrale semestrale annuale

Conto corrente postale 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 entro la data del 30 settembre a mezzo raccomandata.

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 Proviviri"
 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"

Firma _____ Data _____

Il sottoscritto dichiara di accettare sin d'ora espressamente ex articolo 1341 e 1342 c.c. tutte le eventuali variazioni apportate dall'Assemblea nazionale dei soci allo Statuto sociale, al Regolamento applicativo in vigore e ai relativi Allegati.

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 LA SEDE NAZIONALE

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 incrinare 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)
	Codice Fiscale		Professione		
	Codice Fiscale		Professione		
	Codice Fiscale		Professione		
	Codice Fiscale		Professione		
	Codice Fiscale		Professione		
	Codice Fiscale		Professione		

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.

N. protocollo	Data compilazione
	Arrivo sede regionale
Regione	Arrivo sede nazionale

Numero matricola socio

Numero mat. Rappresentante

DICHIARAZIONE DI CONVIVENZA ANAGRAFICA CON VINCOLO AFFETTIVO

(compilare in stampatello)

Io Sottoscritto/a		
Nato a	il	
Indirizzo (via, piazza)		
CAP	Città	Prov
E il/la sottoscritto/a (convivente)		
Nato/a	il	

Consapevoli della responsabilità prevista dagli artt. 482 e 486 c.p. che si assumono in caso di dichiarazione mendace

Dichiarano

di essere celibi, nubili o liberi di stato, di convivere sotto lo stesso tetto e di essere legati tra di loro da vincolo affettivo.

Allegano alla dichiarazione:

1. certificato di residenza di entrambi (in originale)
2. attestato di "famiglia anagrafica basata su vincolo affettivo" rilasciato dal Comune di residenza (in originale)

Riconoscono sin d'ora alla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo il diritto di richiedere, con la sola esibizione della presente dichiarazione, a qualsiasi Autorità e/o Ente informazioni e documenti inerenti a quanto sopra dichiarato e ciò presa totale conoscenza del disposto del D.Lgs. 196/2003 e successive modifiche, nonché il diritto della medesima Società di richiedere ai sottoscrittori della presente dichiarazione qualsivoglia ulteriore documento a comprova della stessa consapevole che la mancata produzione comporta l'automatica sospensione del sussidio o prestazione richiesta nonché l'eventuale azione legale.

Luogo e data _____

Firma _____
(del socio)

Firma _____
(del convivente)

Firma (per la Società)