

Il sottoscritto _____ Cognome _____ nome _____

nato a _____ Comune _____ Prov. _____ il _____ Data di nascita _____

Residente a _____ Comune _____ Prov. _____ C.a.p. _____ Via/Piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

e dipendente (o socio lavoratore) della Cooperativa Agricola _____

Partita Iva _____

DICHIARA di aderire per se stesso, per eventuale coniuge (o convivente more uxorio) e per i figli fino a 26 anni, risultanti dallo stato di famiglia secondo le norme previste dalla legislazione vigente, al Fondo integrativo sanitario lavoratori cooperative previsto dal CCNL di categoria.

IMPIEGATI E QUADRI COOP. AGRICOLA

FORMULA B INTEGRATIVA SANITARIA OBBLIGATORIA

QUOTA ANNUA A CARICO DELL'IMPIEGATO	93,00
QUOTA ANNUA A CARICO DELL'AZIENDA	93,00

	186,00

IMPIEGATI E QUADRI COOP. AGRICOLA

FORMULA B+C INTEGRATIVA SANITARIA FACOLTATIVA

QUOTA ANNUA A CARICO DELL'IMPIEGATO	217,00
QUOTA ANNUA A CARICO DELL'AZIENDA	93,00

	310,00

DICHIARA che i familiari come precedentemente definiti, risultanti dallo stato di famiglia alla data della presente adesione sono:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

DICHIARA inoltre di aver preso visione delle prestazioni integrative che il Fondo erogherà in caso di necessità e delle modalità regolamentari e delle condizioni a cui attenersi per poterne usufruire.

AUTORIZZA pertanto l'Azienda a versare entro il 1 gennaio e il 30 giugno di ogni anno la quota di iscrizione per l'anno successivo relativa alle formule prescelte.

AUTORIZZA inoltre l'Azienda a trattenere la quota a suo carico, relativa alla formula prescelta, nelle dodici mensilità dell'anno successivo a quello d'iscrizione.

Data _____ Firma _____

Consenso al trattamento dei dati

Barrando la casella di fianco Lei dichiara di aver letto l'informativa riportata di seguito al presente Modulo e, firmando nella riga sottostante, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei suoi dati personali effettuati dal Fondo, nei termini e per i fini indicati nell'informativa stessa.

Luogo e data _____ Firma _____

Chiede che l'importo dell'indennità liquidata sia versato sul c/c n° _____ della Banca _____

di _____ situata in via _____ CAP _____

Cod. IBAN ISCRITTO

Intestato al sottoscritto. Firma _____

Il sottoscritto _____
Cognome _____ nome _____

nato a _____ il _____
Comune _____ Prov. _____ Data di nascita _____

Residente a _____
Comune _____ Prov. _____ Cap _____ Via/Piazza _____ n° _____

Codice fiscale _____

Tel. _____ e-mail _____

e dipendente (o socio lavoratore) della Cooperativa Agricola _____

Partita Iva _____

DICHIARA di aderire per se stesso, per eventuale coniuge (o convivente more uxorio) e per i figli fino a 26 anni, risultanti dallo stato di famiglia secondo le norme previste dalla legislazione vigente, al Fondo integrativo sanitario lavoratori cooperative previsto dal CCNL di categoria.

IMPIEGATI E QUADRI COOP. AGRICOLA

FORMULA B INTEGRATIVA SANITARIA OBBLIGATORIA

QUOTA ANNUA A CARICO DELL'IMPIEGATO	93,00
QUOTA ANNUA A CARICO DELL'AZIENDA	93,00

	186,00

IMPIEGATI E QUADRI COOP. AGRICOLA

FORMULA B+C INTEGRATIVA SANITARIA FACOLTATIVA

QUOTA ANNUA A CARICO DELL'IMPIEGATO	217,00
QUOTA ANNUA A CARICO DELL'AZIENDA	93,00

	310,00

DICHIARA che i familiari come precedentemente definiti, risultanti dallo stato di famiglia alla data della presente adesione sono:

COGNOME E NOME	LUOGO E DATA DI NASCITA	GRADO DI PARENTELA

DICHIARA inoltre di aver preso visione delle prestazioni integrative che il Fondo erogherà in caso di necessità e delle modalità regolamentari e delle condizioni a cui attenersi per poterne usufruire.

AUTORIZZA pertanto l'Azienda a versare entro il 1 gennaio e il 30 giugno di ogni anno la quota di iscrizione per l'anno successivo relativa alle formule prescelte.

AUTORIZZA inoltre l'Azienda a trattenere la quota a suo carico, relativa alla formula prescelta, nelle dodici mensilità dell'anno successivo a quello d'iscrizione.

Data _____ Firma _____

Consenso al trattamento dei dati

Barrando la casella di fianco Lei dichiara di aver letto l'informativa riportata di seguito al presente Modulo e, firmando nella riga sottostante, esprime il consenso al trattamento e alla comunicazione dei suoi dati personali effettuati dal Fondo, nei termini e per i fini indicati nell'informativa stessa.

Luogo e data _____ Firma _____

Chiede che l'importo dell'indennità liquidata sia versato sul c/c n° _____ della Banca _____

di _____ situata in via _____ CAP _____

Cod. IBAN ISCRITTO

--	--

--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Intestato al sottoscritto. Firma _____

**Nota informativa agli iscritti sulla legge n.675/96:
“Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali”**

In base alla citata Legge il **F.I.L.COOP. Sanitario** con sede in Roma, Via Flavia n.3, nella sua qualità di “ titolare” del trattamento dei dati personali dei propri iscritti, è tenuto a fornire le seguenti informazioni sul loro utilizzo.

Fonte dei dati personali

I dati personali in possesso del Fondo sono forniti direttamente dagli iscritti che richiedono le prestazioni, o rilevati dagli Elenchi anagrafici pubblicati, ai sensi della legislazione in vigore, dall'INPS.

La legge n.675/96 richiede per il loro trattamento una specifica manifestazione di consenso da parte dell'interessato. La dichiarazione , debitamente sottoscritta deve essere inviata al Fondo unitamente alla richiesta di prestazione.

Finalità di trattamento dei dati

I dati personali sono trattati nell'ambito delle finalità istituzionali del Fondo che si concretizza nell'erogazione delle prestazioni integrative sanitarie ed assistenziali previste dallo Statuto del Fondo stesso.

Modalità di trattamento dei dati

Il trattamento dei dati personali avviene mediante strumenti manuali od informatici che garantiscono la sicurezza e la riservatezza degli stessi.

Categoria dei soggetti ai quali i dati sono comunicati

Per lo svolgimento delle sue attività il Fondo può rivolgersi ad organismi esterni per: effettuazione dell'attività di gestione assicurativa anche mediante apposite convenzioni; servizio di elaborazione dati.

L'elenco delle Compagnie di assicurazioni e delle società per la elaborazione dei dati è disponibile presso la sede del Fondo.

Diritti degli interessati

L'art.13 della Legge n.675/96 conferisce agli interessati specifici diritti, in particolare essi possono ottenere dal Fondo la conferma o meno dei propri dati personali e che tali dati siano messi a disposizione in forma intellegibile.

L'interessato può altresì chiedere di conoscere l'origine dei dati nonché la logica e le finalità su cui si basa il loro trattamento, di ottenere la cancellazione, la trasformazione anche in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse di opporsi al trattamento stesso.

S'informa che senza il consenso sottoscritto dall'interessato il Fondo non può effettuare alcun intervento in suo favore. Ogni ulteriore informazione potrà essere richiesta direttamente al F.I.L.COOP. Sanitario.

Il responsabile del trattamento è **Sandro Mantegazza**.