

Al
**FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL
GRUPPO INTESA SANPAOLO**
Ufficio Anagrafe
Via A. Cechov 50/5
20151 - MILANO

Il/la sottoscritto/a

codice fiscale

recapito telefonico

Residenza/domicilio: Via/Corso

Città CAP

TIPO COPERTURA: FONDO SANITARIO

IN SERVIZIO IN ESODO IN QUIESCENZA

In presenza di disavanzo gestionale che non consenta l'integrale liquidazione della quota differita ai sensi della normativa statutaria,

RICHIESTE

ai sensi della normativa statutaria, la priorità nella liquidazione della residua quota non immediatamente erogata, relativa alle spese per prestazioni sanitarie fruite da:

(cognome e nome del portatore di handicap) (codice fiscale)

in quanto **portatore di handicap in situazione di gravità accertata ai sensi dell'art. 3, comma 3 della legge 5/2/1992 n. 104;**

Detta invalidità è stata riconosciuta a partire dal _____ con termine (*indicare esclusivamente ove previsto*)
il _____

come risulta dall'**allegata copia del verbale (*)** rilasciato dalla competente Commissione medica.

(*) è possibile richiedere alla Commissione medica il rilascio di un certificato con omessa diagnosi ai sensi del D. Lgs. N. 196/2003.

Il/La sottoscritto/a consapevole delle sanzioni penali nel caso di dichiarazioni non veritiere o esibizioni di atti falsi, richiamate dall'art. 76 del D.P.R. n. 445 del 28/12/2000

DICHIARA

che tutti i dati riportati nel presente modulo sono veritieri e si impegna a segnalare tempestivamente ogni ulteriore variazione.

Data _____ firma iscritto _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DEL REG. UE 679/2016 (GDPR)

Fondo Sanitario Integrativo
del Gruppo Intesa Sanpaolo
Via Cechov, 50/5 – 20151 MILANO

(Cognome e nome del dipendente/ex dipendente iscritto)

Codice fiscale:

Io sottoscritto, tenuto conto dell'Informativa ([per prenderne visione clicca Qui](#)) resami ai sensi degli artt. 13 e 14 del Regolamento UE 679/2016 (GDPR), in relazione al trattamento e alla comunicazione dei miei dati rientranti nelle categorie particolari di dati personali (es. dati idonei a rivelare lo stato di salute) ai soggetti individuati nell'informativa stessa per le finalità di cui alla l. a) dell'Informativa (adesione al Fondo ed effettuazione delle ordinarie attività ad essa correlate), consapevole che in mancanza di consenso risulta oggettivamente impossibile per il Fondo dare corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni

presto il consenso nego il consenso

(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

_____ (Cognome e nome dell'iscritto)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}

Inoltre, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. c) dell'Informativa: studio, ricerca scientifica e verifica della qualità del servizio

presto il consenso nego il consenso

(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

_____ (Cognome e nome dell'iscritto)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}

Infine, in relazione al trattamento dei miei dati per le finalità di cui alla l. d) dell'Informativa: invio di comunicazioni e materiale informativo relativo ad iniziative promozionali limitate alle attività di scopo del Fondo, effettuato sia con modalità di contatto tradizionali (posta cartacea, chiamate tramite operatore) che automatizzate (posta elettronica, sms, mms, chiamate automatizzate)

presto il consenso nego il consenso

(Apporre una crocetta accanto all'opzione scelta)

_____ (Cognome e nome dell'iscritto)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}
_____ (Cognome e nome del familiare beneficiario)	_____ (data e luogo)	_____ (firma) ^{(1) (2)}

Nota Bene:

⁽¹⁾ Tutti i componenti il nucleo familiare devono esprimere la propria volontà con riferimento al consenso al trattamento dei dati personali. Qualora un familiare non esprima detta volontà, il Fondo non potrà dare corso all'erogazione delle prestazioni. Ove gli interessati non intendano esprimere la medesima opzione, è necessaria la compilazione di moduli separati.

⁽²⁾ Per i minori di anni 18 è necessaria la firma di chi esercita la potestà.