

## 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 del **familiare beneficiario**)

\_\_\_\_\_  
(data e luogo)

\_\_\_\_\_  
(firma)<sup>(1) (2)</sup>

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 del **familiare beneficiario**)

\_\_\_\_\_  
(data e luogo)

\_\_\_\_\_  
(firma)<sup>(1) (2)</sup>

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 del **familiare beneficiario**)

\_\_\_\_\_  
(data e luogo)

\_\_\_\_\_  
(firma)<sup>(1) (2)</sup>

### Nota Bene:

<sup>(1)</sup> 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.

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