

**DOMANDA DI AMMISSIONE/ADESIONE**

Io Sottoscritto/a		
Nato a	il	Codice Fiscale
Residente in via		
CAP	Città	Prov
Domicilio (se diverso da residenza)		
CAP	Città	Prov
N° tel.	Cell.	E-mail

Chiedo di essere di essere iscritto come socio ordinario della **Società nazionale di Mutuo Soccorso Cesare Pozzo**, accettando integralmente lo Statuto sociale ed il regolamento applicativo vigenti, documenti tutti che dichiaro conosciuti e approvati, per averne già scaricato una copia dal sito [www.mutuacesarepozzo.org](http://www.mutuacesarepozzo.org) e previa attenta lettura in ogni loro parte, contestualmente dichiaro di accettare tutte le eventuali variazioni che dovessero essere apportate dall'Assemblea Nazionale dei soci. Nel caso in cui il CDA deliberi la mia ammissione a socio ordinario **chiedo di essere collocato alternativamente nella seguente forma di assistenza base:**

- Forma di assistenza di base " TUTELA VALORE IMPRESA SINGOLO " - Contributo associativo annuo Euro 200,00**
- Forma di assistenza di base " TUTELA VALORE IMPRESA FAMIGLIA " - Contributo associativo annuo Coniuge 150,00**
- Forma di assistenza di base " TUTELA VALORE IMPRESA FAMIGLIA " - Contributo associativo annuo Figlio 150,00**

Mi impegno a versare i contributi previsti dal Regolamento per un totale annuo di € \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ tramite:  
 addebito in conto corrente in via continuativa (SEPA Direct Debit) con frequenza:

**ANNUALE**

Mese e anno primo pagamento (MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data di iscrizione (GG/MM/AAAA) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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, ovvero all'indirizzo di posta elettronica certificata 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 \_\_\_\_\_

Dichiaro inoltre **espressamente di approvare e accettare**, ai sensi degli articoli 1341 e 1342 c.c., le seguenti norme (disponibili anche sul sito della mutua [www.mutuacesarepozzo.org](http://www.mutuacesarepozzo.org)):

- Art. 19 dello Statuto "Collegio dei Provvisori"
- 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 \_\_\_\_\_

Accetto, altresì, sin d'ora espressamente ex artt 1341 e 1342 cc. Tutte le eventuali variazioni apportate dall'Assemblea dei soci allo Statuto sociale (con particolare riferimento agli articoli 6 e 8) e al Regolamento applicativo, nonché quelle deliberate in forza delle norme sociali.

Firma \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

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 Codice Privacy e 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:

- 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 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 del richiedente \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_



**AUTORIZZAZIONE ALL'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE IN VIA CONTINUATIVA  
DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT  
(IL PAGAMENTO DEVE ESSERE EFFETTUATO IN UN UNICA SOLUZIONE)**

Forma di assistenza di base " TUTELA VALORE IMPRESA " - Contributo associativo annuo Euro 200,00

Forma di assistenza di base " TUTELA VALORE IMPRESA FAMIGLIA " - Contributo associativo annuo Coniuge 150,00

Forma di assistenza di base " TUTELA VALORE IMPRESA FAMIGLIA " - Contributo associativo annuo Figlio 150,00

**AZIENDA CREDITRICE**  
Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo  
Via San Gregorio 46/48 - 20124 Milano  
Codice identificativo: IT 67 001 0000080074030158

FREQUENZA PAGAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI  <input type="checkbox"/> ANNUALE	MESE E ANNO PRIMO PAGAMENTO	CODICE IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE (1)									
		<table border="1"> <thead> <tr> <th>CIN</th> <th>ABI</th> <th>CAB</th> <th colspan="2">CONTO</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>IT</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	CIN	ABI	CAB	CONTO		IT			
CIN	ABI	CAB	CONTO								
IT											

**INTESTAZIONE E INDIRIZZO DEL SOCIO (2)**  
(Completare in stampatello)

Nome e cognome .....

Via/p.zza .....

CAP ..... Città .....

Codice Fiscale (Codice identificativo del Debitore) .....

email ..... cell .....

**INTESTAZIONE E INDIRIZZO DELL'INTESTATARIO DEL C/C DI ADDEBITO (3)**  
(Completare in stampatello. Da compilare solo nel caso in cui il correntista sia diverso dal socio.)

Nome e cognome .....

Via/p.zza .....

CAP ..... Città .....

Codice Fiscale (Codice identificativo del Debitore) .....

La informiamo che, ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera i bis, del DPR 917/86, il socio potrà detrarre dalle proprie imposte i contributi versati nei limiti previsti dalle normative vigenti. Tali contributi, per essere fiscalmente agevolati, devono essere sostenuti dal socio: si invita a verificare, pertanto, l'intestazione del c/c di addebito e il documento emesso dall'istituto di credito. Nel caso in cui il c/c fosse cointestato con altri soggetti, la invitiamo a riportare solamente il nominativo e il codice fiscale del socio, tralasciando eventuali cointestatari.

<input type="checkbox"/>	<b>ADESIONE</b>	<p>Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.</p> <p style="text-align: right;">..... (sottoscrizione del/dei correntista/i)</p> <p>Il/i sottoscritto/i può/possono riservarsi il diritto di chiedere all'Azienda di credito il rimborso di quanto addebitato entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.</p> <p style="text-align: center;">..... (luogo e data)</p> <p style="text-align: right;">..... (sottoscrizione del/dei correntista/i)</p>
	<input type="checkbox"/>	<b>REVOCA</b>

**TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI**

- (1) Codice IBAN conto del correntista.  
(2) In questo campo vanno indicati i dati del socio debitore.  
(3) In questo campo vanno indicati i dati del/dei correntista/i che effettua/effettuano il pagamento.

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

Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo  
20124 Milano - Via San Gregorio, 48  
030158 - Albo società cooperative n° C10040  
www.mutuacesarepozzo.it

**NUMERO DEL PROTOCOLLO  
CON CUI VIENE REGISTRATO  
IL DOCUMENTO SEPA DA  
CESARE POZZO**

SPAZIO PER PROTOCOLLO

**PRECOMPILATO: DATI  
BANCARI DELL'AZIENDA  
CREDITRICE  
(CESARE POZZO)**

**DATA DI INIZIO ADDEBITO  
(ES: 09/2019) TALE DATA SI  
RIFERISCE ALL'ATTIVAZIONE DEL  
PRESENTI MANDATO SEPA**

**AUTORIZZAZIONE ALL'ADDEBITO IN CONTO CORRENTE IN VIA CONTINUATIVA  
DELLE DISPOSIZIONI SEPA CORE DIRECT DEBIT**

<input type="checkbox"/> TUTELA GLOBALE ANFI SINGLE	€ 204,00 (duecentoquattro/00)	AZIENDA CREDITRICE Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo Via San Gregorio 46/48 - 20124 Milano Codice identificativo: IT 67 001 0000080074030158
<input type="checkbox"/> TUTELA GLOBALE ANFI FAMIGLIA	€ 288,00 (duecentottantotto/00)	
<input type="checkbox"/> PRIMA TUTELA ANFI	€ 180,00 (centottanta/00)	

**SCEGLIERE LA  
FREQUENZA DEI  
PAGAMENTI**

FREQUENZA PAGAMENTO CONTRIBUTI ASSOCIATIVI	<input type="checkbox"/> trimestrale	MISE E ANNO PRIMO PAGAMENTO	CODICE IBAN DEL CONTO DA ADDEBITARE (1)			
	<input type="checkbox"/> semestrale		CIN	ABI	CAB	CONTO
	<input type="checkbox"/> annuale		IT			

**IBAN SU CUI ATTIVARE  
L'ADDEBITO SEPA**

**DATI DEL SOCIO,  
TUTTI I CAMPI SONO  
OBBLIGATORI**

**INTESTAZIONE E INDIRIZZO DEL SOCIO (2)**  
(Completare in stampatello)

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
Via/p.zza \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale (Codice identificativo del Debitore) \_\_\_\_\_  
email \_\_\_\_\_ cell \_\_\_\_\_

**INTESTAZIONE E INDIRIZZO DELL'INTESTATARIO DEL C/C DI ADDEBITO (3)**  
(Completare in stampatello. Da compilare solo nel caso in cui il correntista sia diverso dal socio.)

Nome e cognome \_\_\_\_\_  
Via/p.zza \_\_\_\_\_  
CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale (Codice identificativo del Debitore) \_\_\_\_\_

**DATI DELL'INTESTATARIO  
DEL CONTO CORRENTE. DA  
COMPILARE SOLO NEL CASO  
L'INTESTATARIO DEL CONTO  
SIA DIVERSO DAL SOCIO**

La informiamo che, ai sensi dell'art. 15, comma 1 lettera i bis, del DPR 917/86, il socio potrà detrarre dalle proprie imposte i contributi versati nei limiti previsti dalle normative vigenti. Tali contributi, per essere fiscalmente agevolati, devono essere sostenuti dal socio: si invita a verificare, pertanto, l'intestazione del c/c di addebito e il documento emesso dall'istituto di credito. Nel caso in cui il c/c fosse cointestato con altri soggetti, la invitiamo a riportare solamente il nominativo e il codice fiscale del socio, tralasciando eventuali cointestatori.

**ADESIONE**

Il rapporto con la Banca è regolato dal contratto stipulato dal Debitore con la Banca stessa. I diritti del Debitore riguardanti l'autorizzazione sopra riportata sono indicati nella documentazione ottenibile dalla Banca.

\_\_\_\_\_ (sottoscrizione del/dei correntista/i)

Il/Il sottoscritto/i può/possono riservarsi il diritto di chiedere all'Azienda di credito il rimborso di quanto addebitato entro e non oltre 8 settimane a decorrere dalla data di addebito in conto.

\_\_\_\_\_ (luogo e data) \_\_\_\_\_ (sottoscrizione del/dei correntista/i)

**REVOCA**

Il/Il sottoscritto/i revoca/revocano l'autorizzazione all'addebito in via continuativa sul conto in oggetto, aperto presso di Voi, dei documenti di debito emessi dall'Azienda creditrice sopracitata.

\_\_\_\_\_ (luogo e data) \_\_\_\_\_ (sottoscrizione del/dei correntista/i)

**FIRMARE E  
INSERIRE LA  
DATA**

**TUTTI I CAMPI SONO OBBLIGATORI**  
(1) Codice IBAN conto del correntista.  
(2) In questo campo vanno indicati i dati del socio debitore.  
(3) In questo campo vanno indicati i dati del/dei correntista/i che effettua/effettuano il pagamento.



## INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### Codice Privacy, art. 13 – 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 D.lgs. 196/2003 (in seguito Codice Privacy) e dell'art. 13 Regolamento UE 2016/679 (in seguito GDPR), 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'esplicitamento 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. 24 lett. a), f), g), Codice Privacy e 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 (art.23 e 130 Codice Privacy e 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/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 Codice Privacy e 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 dell'art. 7 del Codice Privacy e 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 La 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@pec.mutuacesarepozzo.org](mailto:privacy@pec.mutuacesarepozzo.org);
- 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.

## AUTOCERTIFICAZIONE NUCLEO FAMILIARE

Io Sottoscritto/a		Data assunzione	
Nato a		Codice Fiscale	
Residente in via			
CAP	Città	Prov	
Domicilio (se diverso da residenza)			
CAP	Città	Prov	
N° tel.	Cell.	E-mail	
Luogo di lavoro in via			
CAP	Città	Prov	

preso atto dell'informativa fornita dalla Società nazionale di mutuo soccorso Cesare Pozzo ai sensi dell'art. 13 Codice Privacy e Regolamento UE 2016/679, esprimo 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 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, etc).

### Inoltre DICHIARO SOTTO LA MIA 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 di parentela (1)	Nominativo Familiare	Data di nascita	Luogo di nascita/ Comune/Provincia	Carico Fiscale (si/no)(2)	Firma del Familiare (3)
Codice Fiscale			Professione		
Codice Fiscale			Professione		
Codice Fiscale			Professione		
Codice Fiscale			Professione		

(1) Specificare se coniuge, 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 specificato. Per i figli minorenni non occorre la firma degli interessati, il consenso è espresso con la firma del socio.

### 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 Codice Privacy e art. 13 Regolamento UE 2016/679, il Socio esprime il libero, consapevole, informato e specifico consenso, ai sensi degli artt. 23 e 26 Codice Privacy e 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.

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 del socio \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_