

MODULO DI VARIAZIONE DEL NUCLEO FAMILIARE

Da compilare e restituire a Sodalitas – *Associazione di Mutuo Soccorso*.

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e c.d. ex-sensibili per finalità assistenziali (Artt. 6-9 del GDPR – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Premesso che, come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi del Regolamento generale sulla protezione dei dati (GDPR) in vigore l'erogazione di gran parte delle prestazioni dei servizi della SODALITAS- *Associazione di Mutuo Soccorso* richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali a Soggetti che svolgono lavorazioni contabili, Soggetti che gestiscono l'organizzazione della compagine sociale e Soggetti che organizzano le iniziative statutariamente previste, dichiaro di prestare il consenso alle predette comunicazioni ed al correlato trattamento dei miei dati personali, anche sensibili, acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dall'Associazione di Mutuo Soccorso. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, l'Associazione di Mutuo Soccorso non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi che richiedono tali comunicazioni ed il correlato trattamento dei miei dati.

Nome e cognome

del familiare* 1 _____

(firma dell'interessato) _____

Nome e cognome

del familiare* 3 _____

(firma dell'interessato) _____

Nome e cognome

del familiare* 2 _____

(firma dell'interessato) _____

* Per minori /inabilitati/interdetti firmano i genitori/curatori/tutori.

Consenso al trattamento dei dati personali comuni e c.d. ex-sensibili per finalità liquidative. (Artt. 6-9 del GDPR – Regolamento generale sulla protezione dei dati)

Sulla base dell'informativa allegata, Lei può esprimere il consenso, valevole per il trattamento dei Suoi dati personali eventualmente anche sensibili, per finalità liquidative, apponendo la Sua firma e facendo apporre quella dei Suoi familiari da inserire.

Ricordiamo che in mancanza di questo consenso Sodalitas non darà esecuzione al Piano Sanitario "Alta Salute" in quanto si vedrà impossibilitata a trattare i dati sensibili per gli eventuali rimborsi.

Nome e cognome

del familiare* 1 _____

(firma dell'interessato) _____

Nome e cognome

del familiare* 3 _____

(firma dell'interessato) _____

Nome e cognome

del familiare* 2 _____

(firma dell'interessato) _____

*Per minori /inabilitati/interdetti firmano i genitori/curatori/tutori.

DATI RELATIVI AL SOCIO SODALITAS.

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a _____ il _____

codice fiscale _____

Residente in via _____ Tel. _____

Città _____ Prov. _____

DICHIARA

La/le variazione/i intervenute nella composizione del nucleo familiare

Nuovo matrimonio

Nuova convivenza

Nuova nascita

Variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuova nascita: Per i Soci in copertura alla data di attivazione del Piano Sanitario, l'inclusione di familiari, in un momento successivo all'attivazione del Piano Sanitario è consentita solamente nel caso di variazione dello stato di famiglia per matrimonio, nuova convivenza o nuove nascite; essa verrà effettuata mediante compilazione e invio a Sodalitas dell'apposito modulo. Il Piano Sanitario sarà attivato dalla data in cui si è verificata la variazione dello stato di famiglia sempreché questa venga comunicata entro 30 giorni, in caso contrario decorrerà dal giorno della comunicazione dell'avvenuta variazione dello stato famiglia a Sodalitas.

	Cognome e nome	Luogo e data di nascita	Codice fiscale
1) Coniuge o convivente			
2) Figlio fiscalmente a carico			
3) Figlio fiscalmente a carico			

Data e Luogo

Firma del Socio