

**INFORMATIVA DATI SENSIBILI E DICHIARAZIONI DI CONSENSO**  
**(ai sensi dell'art. 13 e 14 del 27 Aprile 2016/679)**

**MODELLO "PRIVACY\_1"**

Con l'entrata in vigore del Nuovo Regolamento Europeo del 27 Aprile 2016 n. 2016/679, Commercianti Mutua Ospedaliera, con sede in Varese Via Valle Venosta, 4 , in qualità di "Titolare" del trattamento, è tenuta a fornire alcune informazioni riguardanti l'utilizzo dei dati personali.

**Fonte dei dati personali e sensibili.**

I dati in possesso della Commercianti Mutua Ospedaliera sono raccolti direttamente presso la sede o presso le Associazioni Commercianti Territoriali in occasione della sottoscrizione e per l'espletamento delle pratiche di rimborso riguardo i dati inerenti alla salute degli associati. In ogni caso tutti questi dati vengono trattati nel rispetto del Reg.to UE e degli obblighi di riservatezza cui si è sempre ispirata l'attività della Commercianti Mutua Ospedaliera.

**Finalità del trattamento cui sono destinati i dati.**

I dati sono trattati nell'ambito della normale attività della Commercianti Mutua Ospedaliera e secondo le seguenti finalità:

Integrazione dell'assistenza sanitaria nazionale per i propri soci, attuata anche mediante ricorso ad Enti, Società, Consorzi, Istituti assicurativi, ovvero ad altre Casse o Fondi.

**Modalità di trattamento dei dati.**

In relazione alle indicate finalità, il trattamento dei dati avviene con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati sensibili. Il trattamento sarà effettuato con modalità manuali ed in modo informatizzato.

**Categorie di soggetti ai quali i dati possono essere comunicati**

Per lo svolgimento della sua attività, la Commercianti Mutua Ospedaliera si avvale di una serie di organismi collegati e/o preposti alle singole funzioni appartenenti al sistema Uniascom, il cui elenco potrà essere consultato presso la sede della scrivente, inoltre a compagnie assicurative convenzionate con la Commercianti Mutua Ospedaliera per la stipula dei contratti assicurativi.

**Titolare del Trattamento.**

Titolare del Trattamento dei dati personali è la Commercianti Mutua Ospedaliera sita in Via Valle Venosta 4, 21100 Varese.

L'elenco dettagliato dei Responsabili esterni che trattano i Vs dati potrà essere consultato presso la sede della **Commercianti Mutua Ospedaliera**, Via Valle Venosta 4, 21100 VARESE.

**Ambito di conoscenza dei suoi dati**

Le seguenti categorie di soggetti possono venire a conoscenza dei Suoi dati, in qualità di incaricati del trattamento, nominati dalla scrivente **Commercianti Mutua Ospedaliera**, titolare del trattamento:

- Addetti all'ufficio amministrativo;
- Addetti alla contabilità;

**Diritti dell'interessato.**

I diritti nei confronti del titolare del trattamento sono descritti nell'art. 12 del Reg.to UE facilmente consultabile sul nostro sito internet.

I dati potranno essere conservati per il periodo corrispondente a necessità fiscali e amministrative e per documentare la nostra attività.

**CONFERIMENTO DI CONSENSO PER TRATTAMENTO DI DATI SENSIBILI**  
**(da compilare sempre tranne in caso di minore/incapace per cui è previsto apposito consenso)**

Il/La sottoscritto/a

\_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ Libretto n° \_\_\_\_\_

in qualità di interessato al trattamento, con la firma apposta in calce alla presente attesta il proprio libero consenso affinché il titolare, proceda ai trattamenti di propri dati personali anche di natura sensibile come risultanti dalla presente scheda informativa.

Data, \_\_\_\_\_  
In Fede

L'interessato  
(firma leggibile)

**CONFERIMENTO DI CONSENSO PER L'INVIO DI COMUNICAZIONI E AGGIORNAMENTI**  
**(da compilare sempre)**

Ai sensi degli artt. 13 e 14 Reg.to UE si informa che i Vostri dati personali potranno essere utilizzati per finalità relative all'inoltro di informazioni da parte di **Commercianti Mutua Ospedaliera**, in merito al rimborso di prestazioni mediche, scadenza e rinnovo dell'adesione. Gli stessi **verranno trattati anche mediante l'utilizzo del telefono cellulare per l'invio di messaggi di testo inerenti comunicazioni e stato dei rimborsi.**

Con la firma apposta in calce il sottoscritto acconsente al trattamento dei dati per l'invio di materiale informativo attraverso posta, e-mail, sms e fax.  
(BARRARE LA/LE CASELLA/E DESIDERATA/E)

- Posta Cartacea
- Posta Elettronica Indirizzo: \_\_\_\_\_
- Telefax Numero: \_\_\_\_\_
- SMS/Cellulare Numero: \_\_\_\_\_
- Intestato a: \_\_\_\_\_

Data, \_\_\_\_\_  
In Fede

L'interessato  
(firma leggibile)

**DICHIARAZIONE PER INVIO A NUMERO CELLULARE INTESTATO A PERSONA DIVERSA**  
**(da compilare in caso di invio sms a persona diversa dall'interessato)**

Il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di aver messo al corrente gli appartenenti al nucleo familiare che le informazioni inerenti lo stato dei rimborsi e quanto sopra espressamente specificato verranno comunicati al numero di cellulare sopraccitato

Data, \_\_\_\_\_  
In Fede

L'intestatario del numero di cellulare  
(firma leggibile)

**DELEGA ALL'INOLTRO/RITIRO DI DOCUMENTAZIONE SENSIBILE**  
**(da compilare in caso l'interessato deleghi una terza persona)**

Il/La Sottoscritto/a \_\_\_\_\_,  
dopo aver visionato la presente informativa,

**delega** il/la Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_

Codice Fiscale: \_\_\_\_\_

Alla consegna, al ritiro e ad ogni altra gestione documentale (anche di natura sanitaria) Contestualmente solleva la **COMMERCIANTI MUTUA OSPEDALIERA** ad ogni eventuale contestazione circa le comunicazioni fra la **COMMERCIANTI MUTUA OSPEDALIERA** e il Delegato sopraccitato.

Data, \_\_\_\_\_  
In Fede

L'interessato / delegante  
(firma leggibile)

Il Delegato  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**TRATTAMENTO DATI PER MINORI E INCAPACI**  
**(da compilare in caso di minore/incapace)**

(Minore: allegare fotocopia C.I. di entrambi i genitori, stato di famiglia e firma di entrambi i genitori)

(Minore affidato: allegare fotocopia documento di affidamento)

(Incapace: allegare fotocopia documento Tribunale)

Il Sottoscritto \_\_\_\_\_ nato il \_\_\_\_\_ a

\_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_, in qualità di (indicare il

rapporto di parentela o altra qualifica stabilita da organismi competenti) \_\_\_\_\_

del Sig./Sig.ra \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

con la firma apposta in calce alla presente attesta il proprio libero consenso affinché il titolare, proceda ai trattamenti di dati personali come risultanti dalla presente scheda informativa. Autorizza il trattamento dei dati personali e sensibili del minore / incapace ai soli scopi statuari previsti dalla **COMMERCIANTI MUTUA OSPEDALIERA**.

Data, \_\_\_\_\_  
In Fede

Il Tutore / Genitore  
(firma leggibile)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_