

**MODULO DI ADESIONE AL "FONDO PENSIONE MEDICI"**
*da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente e dell'amministrazione*

**Attenzione:** L'adesione a Fondo Pensione Medici deve essere preceduta dalla consegna e presa visione della Nota informativa e lo statuto che sono disponibili sul sito [www.fondopensionemedici.it](http://www.fondopensionemedici.it). Gli stessi verranno consegnati in formato cartaceo soltanto su espressa richiesta dell'aderente.

Parte I	Io sottoscritto/a ..... cod. fiscale..... nato/a a ..... prov ..... il ..... sesso..... residente a..... prov..... cap..... in Via ..... n..... Tel. .... e-mail..... TITOLO DI STUDIO <input type="checkbox"/> nessuno <input type="checkbox"/> licenza elementare <input type="checkbox"/> licenza media inferiore <input type="checkbox"/> diploma professionale <input type="checkbox"/> diploma media superiore <input type="checkbox"/> diploma universitario / laurea triennale <input type="checkbox"/> laurea magistrale <input type="checkbox"/> specializzazione post laurea dipendente dell'Azienda Ospedaliera ..... chiedo di aderire ai sensi del vigente CCNL/accordo aziendale, al Fondo Pensione Medici e che i contributi ivi previsti siano versati sulla mia posizione presso il medesimo. Mi impegno ad osservare lo Statuto e il Regolamento del Fondo Pensione Medici ed a fornire all'Azienda ed al Fondo tutte le informazioni necessarie all'aggiornamento della mia posizione previdenziale complementare.
Parte II	<b><u>Status dell'iscritto</u></b>
	Dichiaro di essere: <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore iscritto</b> ad altro F.do Pensione ante 28/04/1993 (c.d. "vecchio iscritto"); <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore non iscritto</b> ad altro F.do Pensione ante 28/04/1993 (c.d. "nuovo iscritto") e di 1 <sup>a</sup> occupazione ante 28/04/1993; <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore non iscritto</b> ad altro F.do Pensione ante 28/04/1993 (c.d. "nuovo iscritto") e di 1 <sup>a</sup> occupazione post 28/04/1993; <input type="checkbox"/> <b>Lavoratore non iscritto</b> ad altro F.do Pensione ante 01/01/2007 e di 1 <sup>a</sup> occupazione post 01/01/2007. Preciso che la mia prima data di iscrizione ad una forma di previdenza complementare è la seguente: ___/___/___ <i>(da compilarsi nel caso in cui l'aderente sia titolare di una posizione presso altra forma di previdenza complementare, ad oggi non riscattata)</i>
Parte III	<b><u>Impiego dei contributi</u></b>
	<input type="checkbox"/> <b>autorizzo l'Amministrazione Ospedaliera</b> a trattenere dalla mia retribuzione quanto previsto dal C.C.N.L. vigente a titolo di contribuzione a carico dell'iscritto. <input type="checkbox"/> <b>autorizzo l'Amministrazione Ospedaliera</b> a trattenere un contributo mensile pari a euro .....dalla mia retribuzione a partire dalla mensilità di ..... e fino a diversa comunicazione. Tale contributo sarà versato sul proprio conto pensionistico acceso presso il Fondo Pensione Medici. Mi riservo la facoltà di sospendere, ovvero di modificare l'ammontare del contributo mediante comunicazione scritta da far pervenire all'Amministrazione Ospedaliera con effetto a partire dal mese successivo. <p style="text-align: center;"><b>OVVERO</b></p> <input type="checkbox"/> <b>chiedo di aderire con il solo versamento del TFR</b> dichiarando di essere al corrente del fatto che non mi è dovuto il contributo da parte del datore di lavoro. Indicare la percentuale scelta: TFR conferito al Fondo .....% (in assenza di indicazione si intende conferito il 100% di TFR al Fondo). In presenza di accordi locali tra ANMIRS ed ENTI OSPEDALIERI è possibile, in deroga al punto 3 dell'art. 78 del CCNL Aris-Anmirs, scegliere una percentuale di versamento TFR inferiore al 100%, con limite minimo al 20%. <b>Il Fondo provvederà ad impiegare i contributi nella misura del 100% sulla linea "Assicurativa Garantita".</b>
Parte IV	<b><u>Trasferimento da altro Fondo Pensione</u></b> <i>(da non compilarsi in caso di provenienza da altra azienda ospedaliera aderente al Fondo Pensione Medici)</i>
	<b>Autorizzo</b> il trasferimento della mia posizione individuale al Fondo Pensione Medici cui conferisco mandato per l'espletamento di tutte le operazioni necessarie, segnalando di seguito i dati essenziali relativi al mio Fondo Pensione di provenienza: Ragione sociale del Fondo Pensione di provenienza ..... Referente da contattare ..... Tel. .... E-mail ..... <input type="checkbox"/> dichiaro che la mia posizione previdenziale nel Fondo Pensione di provenienza è <u>gestita anche parzialmente con polizza assicurativa</u> e chiedo che venga investita dal Fondo Pensione Medici nella Linea Assicurativa. <input type="checkbox"/> allego copia della richiesta di trasferimento trasmessa al Fondo Pensione di provenienza.

Data..... Timbro e Firma dell'Azienda..... Firma dell'aderente.....

N.B. Il presente modulo, congiuntamente al "CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI", dovrà essere inviato da parte dell'Azienda Ospedaliera al Fondo Pensione Medici – Via Rodi, 24 - 00195 Roma, prima o contestualmente al pagamento dei primi contributi per l'Aderente interessato. Nel caso in cui il presente modulo risultasse incompleto, sarà nostra cura chiedere all'Azienda di farci pervenire le informazioni mancanti.

## INFORMAZIONI PRIVACY

(Aggiornate ai sensi del Regolamento UE 2016/679 e del Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018)

Il Fondo Pensione Medici con sede legale in Via Rodi 24, C.F. 96110000583, (in seguito "Titolare"), in qualità di Titolare del trattamento informa ai sensi dell'art. 13 Regolamento UE n. 679/2016 (in seguito "GDPR") e del Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018, che i dati personali saranno trattati con le modalità e per le finalità seguenti:

### 1. Oggetto del Trattamento

Il Titolare tratta i dati personali, anche di natura sensibile (in seguito "dati personali" o "dati") riguardanti l'interessato. Tali dati sono trattati unicamente nel quadro delle finalità sotto descritte.

### 2. Finalità del Trattamento

I dati personali, tra cui quelli particolari, sono raccolti direttamente presso l'interessato o presso l'azienda o presso i terzi abilitati alla raccolta delle adesioni.

Il Fondo Pensione Medici tratterà i Vostri Dati Personali solo se:

- il trattamento è necessario per adempiere ad obblighi di legge o regolatori, anche comunitari, nonché da disposizioni impartite da pubbliche autorità a ciò legittimate;
- per le finalità connesse all'erogazione di trattamenti pensionistici complementari del sistema previdenziale obbligatorio nonché delle altre prestazioni disciplinate dal D.lgs. 252/2005.

Il conferimento dei dati personali e particolari ha natura facoltativa tuttavia il rifiuto a fornirli determinerà l'impossibilità, per il Fondo Pensione Medici, di adempiere le finalità ivi indicate.

### 3. Modalità di Trattamento

Il trattamento dei dati personali è realizzato per mezzo delle operazioni indicate all'art. 4, par. 1, n. 2 GDPR e più precisamente: raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, consultazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, cancellazione e distruzione dei dati.

I dati sono trattati dal Titolare con modalità, strumenti e procedure informatiche, telematiche o cartacee, strettamente necessarie per realizzare le finalità descritte al punto n. 2.

### 4. Periodo di Conservazione

I dati personali verranno conservati per un periodo congeniale alla realizzazione delle finalità di contatto; i suddetti dati potranno essere conservati per un periodo superiore secondo legge vigente.

### 5. Accesso ai dati personali

I dati potranno essere accessibile per le finalità di cui al punto n. 2:

- Dalle persone autorizzate specificamente nominate per iscritto dal Titolare nell'ambito delle rispettive funzioni e in conformità delle istruzioni ricevute;
- società terze o altri soggetti che svolgono attività di outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di Responsabili del trattamento.

### 6. Trasferimento dei dati personali

I dati personali non sono oggetto di diffusione o comunicazione a Terzi, se non nei casi previsti dalla legge e, comunque, con le modalità da questa consentite.

Per realizzare le attività istituzionali svolte dal Titolare può essere necessario comunicare i dati personali:

- a soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziale complementari e all'erogazione delle prestazioni pensionistiche complementari del Fondo Pensione;
- a terzi per la fornitura dei servizi di direzione e gestione, controllo interno, controllo contabile e dei servizi informatici e di archiviazione.

L'elenco completo dei soggetti a cui i dati personali sono comunicati, l'elenco delle Persone Autorizzate, degli Amministratori di sistema e dei Responsabili del Trattamento dei dati è costantemente aggiornato e può essere conosciuto agevolmente e gratuitamente richiedendolo al Titolare.

### 7. Diritti dell'interessato

Il proprietario dei dati personali, nella sua qualità di interessato, dispone dei diritti di cui all'art. 15 GDPR e ss. precisamente i diritti di:

- i) ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile;
- ii) ottenere l'indicazione: a) dell'origine dei dati personali; b) delle finalità e modalità del trattamento; c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; d) degli estremi identificativi del Titolare, dei Responsabili e del Rappresentante designato ai sensi dell'art. 27 GDPR; e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di Destinatari;

- iii) ottenere: a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati; b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o la limitazione dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o

successivamente trattati; c) l'attestazione che le operazioni di cui alle lettere a) e b) sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato;

- iv) opporsi, in tutto o in parte: a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che La riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta; b) al trattamento di dati personali che La riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale, mediante l'uso di sistemi automatizzati di chiamata senza l'intervento di un operatore mediante e-mail e/o mediante modalità di marketing tradizionali mediante telefono e/o posta cartacea. Si fa presente che il diritto di opposizione dell'interessato, esposto al precedente punto b), per finalità di marketing diretto mediante modalità automatizzate si estende a quelle tradizionali e che comunque resta salva la possibilità per l'interessato di esercitare il diritto di opposizione anche solo in parte. Pertanto, l'interessato può decidere di ricevere solo comunicazioni mediante modalità tradizionali ovvero solo comunicazioni automatizzate oppure nessuna delle due tipologie di comunicazione.

Ove applicabili, l'interessato ha altresì i diritti di cui agli artt. 16-21 GDPR: diritto di rettifica, diritto all'oblio, diritto di limitazione di trattamento, diritto alla portabilità dei dati, diritto di opposizione, nonché il diritto di reclamo all'Autorità Garante (art. 77 GDPR e 141 Codice Privacy, così come novellato dal D. Lgs. 101/2018).

#### 8. Modalità di esercizio dei diritti

Il soggetto interessato potrà in qualsiasi momento esercitare i diritti inviando:

- una raccomandata a.r. a **Fondo Pensione Medici** - con sede legale in via Rodi 24, 00195 Roma (RM), oppure inviando una e-mail all'indirizzo [info@fondopensionemedici.it](mailto:info@fondopensionemedici.it) ;

#### 9. Identità e dati di contatto del:

- **Titolare del trattamento - FONDO PENSIONE MEDICI**

Nome e Cognome: Dott. Raffaele Villanacci  
E-mail: [info@fondopensionemedici.it](mailto:info@fondopensionemedici.it)  
PEC: [segreteriafondopensionemedici@pec.it](mailto:segreteriafondopensionemedici@pec.it)  
Tel.: 06/31071059

- **DPO (RPD) - SCUDO PRIVACY S.R.L.**

Nome e Cognome: Dott. Carlo Villanacci  
E-mail: [dpo@scudoprivacysrl.com](mailto:dpo@scudoprivacysrl.com)  
PEC: [scudoprivacy@legalmail.it](mailto:scudoprivacy@legalmail.it)  
Tel.: 06/3221675

## CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

nato/a \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_) il \_\_\_\_\_ e residente in \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_)

CAP \_\_\_\_\_ in via \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_, **dichiaro** di aver letto e compreso

per intero il documento informativo riguardante la raccolta, la conservazione e l'utilizzo, anche futuro, dei miei dati personali.

**DICHIARO**, inoltre, di aver letto e compreso le finalità e le modalità del trattamento dei miei dati personali e di aver avuto sufficiente tempo per decidere, liberamente e volontariamente, se prestare o meno il mio consenso.

### 1. Trattamento dei dati personali

concedo il consenso

non concedo il consenso

Al **Fondo Pensione Medici** al trattamento dei miei dati personali per le finalità indicate nelle informazioni privacy al punto n. 2

### 2. Dati sensibili

concedo il consenso

non concedo il consenso

Al **Fondo Pensione Medici** al trattamento dei miei dati personali di cui alle informazioni privacy

### 3. Destinatari dei dati personali

concedo il consenso

non concedo il consenso

Al **Fondo Pensione Medici** di comunicare e/o diffondere i miei dati personali alle categorie di soggetti indicate nelle informazioni privacy al punto n. 6.

Data \_\_\_\_\_

Nome e cognome

\_\_\_\_\_

Firma dell'iscritto

\_\_\_\_\_