

C/F01 - PERMANENZA NEL FONDO

(Da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente)

Parte
I

Il/La Sottoscritto/acod. fiscale.....

Nato/a ail..... prov

Residente a.....prov.....cap.....

in Vian.....

Tel. Email

Dipendente dell'Azienda Ospedaliera

cessato del rapporto di lavoro in data

**Dichiaro di voler mantenere in essere la propria posizione previdenziale
anche in assenza di future contribuzioni.**

Avendo maturato uno dei seguenti requisiti :

- perdita dei requisiti di lavoratore dipendente della propria azienda ospedaliera a seguito, ad esempio, da dimissioni ovvero di licenziamento;
- possibilità di accesso alle prestazioni stabilite dal regime obbligatorio pensionistico di appartenenza e di far valere, alla data del pensionamento, almeno un anno di contribuzione a favore di una forma di previdenza complementare.

DATA DI COMPILAZIONE.....FIRMA

Il presente modulo, compilato IN OGNI SUA PARTE in modo chiaro e leggibile, unitamente al "CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI" e al mod. C/01 CHIUSURA DEL RAPPORTO DI DIPENDENZA DALL'OSPEDALE DI APPARTENENZA, da compilarsi a cura dell'Azienda. Il tutto dovrà essere inviato al Fondo, a mezzo raccomandata A/R, allegando copia del documento di identità o del codice fiscale, al seguente indirizzo:

FONDO PENSIONE MEDICI
VIA RODI, 24 - 00195 ROMA

Oppure all'indirizzo PEC
SEGRETERIAFONDOPENSIONEMEDICI@PEC.IT

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, n. 24, 00195 Roma (RM), oppure inviando una e-mail all'indirizzo 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
PEC: segreteriafondopensionemedici@pec.it
Tel.: 06/31071059

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

Nome e Cognome: Dott. Carlo Villanacci
E-mail: dpo@scudoprivacysrl.com
PEC: 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

ATTENZIONE :

**IL PRESENTE MODELLO DI
PERMANENZA AL FONDO VA
PRESENTATO CONTESTUALMENTE
CON IL MODELLO C/01 - CHIUSURA
POSIZIONE PREVIDENZIALE - DA
COMPILARE A CURA DELLA PROPRIA
AMMINISTRAZIONE , NEL MOMENTO IN
CUI E' CESSATO IL RAPPORTO DI
LAVORO.**

C/01 - CHIUSURA DEL RAPPORTO DI DIPENDENZA DALL'OSPEDALE DI APPARTENENZA

Da compilarsi a cura dell'Azienda (barrare le parti che interessano) e da trasmettere unitamente al modulo di richiesta sottoscritto dall'Aderente

La scrivente Azienda Ospedaliera.....
 comunica che il/la Dott./Dott.ssa..... codice fiscale

Nato a (prov.....) il residente (prov.....)
 cap Via

ha cessato il rapporto di lavoro in data.....

Comunica che la cessazione è dovuta a:

- Pensionamento
- Decesso
- Ricorso a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria
- Dimissioni, licenziamento, invalidità permanente che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo

Ovvero comunica che il dipendente, in costanza del rapporto di lavoro, intende esercitare il diritto al:

- Trasferimento della posizione pensionistica ai sensi dell'art. 14 comma 6 del D. Lgs. 252/05

Da compilarsi esclusivamente se iscritto ante 28.04.93 ("vecchio iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- l'aliquota di tassazione del TFR ai sensi dell'art. 19 del TUIR è pari al%.
- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
 - NON HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
 - HA superato** il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di €

Da compilarsi esclusivamente se iscritto post 28.04.93 ("nuovo iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000
 (Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)

- il versamento al FONDO a carico del dipendente in ciascun anno:
 - NON HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
 - HA superato** il 2% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR per un importo di €.
- l'importo totale delle riduzioni annue spettante al Fondo da applicare sulle quote di TFR (Circolare n. 235/98 dell'Agenzia delle Entrate) in ciascun anno è pari a €. in alternativa la percentuale media di TFR versato al Fondo fino al 31/12/2000 è pari a%.

Si comunica che tutti i contributi dell'aderente sono stati regolarmente versati e l'ultimo versamento al Fondo di €..... è stato effettuato il.....

N.B: Si precisa che l'attestazione di cui sopra verrà ritenuta definitiva e irrevocabile; pertanto eventuali nuovi e ulteriori contributi non verranno accettati né investiti e il versamento aggiuntivo sarà restituito all'azienda, che provvederà a liquidare l'importo spettante all'iscritto in altra forma.

Allega il seguente modulo di richiesta dell'interessato per le modalità di chiusura della posizione individuale:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Modulo C/P01: Pensionamento | <input type="checkbox"/> Modulo C/R01: Riscatto | <input type="checkbox"/> Modulo C/F01: Permanenza nel Fondo |
| <input type="checkbox"/> Modulo C/D01: Decesso | <input type="checkbox"/> Modulo C/T01: Trasferimento | |

Il presente modulo è stato compilato dal Sig./Sig.ra Tel

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