

**C/R01 - RISCATTO****RICHIESTA DI RISCATTO DELLA POSIZIONE INDIVIDUALE***Da compilarsi e sottoscrivere a cura dell'aderente*

Cognome e nome ..... nato a .....  
(prov. ....) il ..... Codice Fiscale .....  
residente in ..... cap ..... (prov.....) Via/piazza .....  
tel. ...., e-mail .....  
richiedo il riscatto della mia posizione.

**Dichiaro di trovarmi in una delle seguenti situazioni alternative**

- dimissioni** o, in generale, perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo stabiliti dagli Accordi/Regolamenti aziendali che dispongono l'adesione su base collettiva (riscatto del 100% della posizione)
- dimissioni per mobilità o per altre cause non dipendenti dalla volontà dell'iscritto** (riscatto del 100% della posizione)
- inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 12 mesi** (riscatto del 50% della posizione)
- inoccupazione per un periodo di tempo non inferiore a 48 mesi** (riscatto del 100% della posizione)  
Documentazione da produrre in caso d'inoccupazione: "Estratto conto certificativo" dell'Ente Previdenziale di appartenenza che attesta il mancato versamento di contributi
- ricorso da parte del datore di lavoro a procedure di mobilità, cassa integrazione guadagni, ordinaria o straordinaria** (riscatto del 50% della posizione)
- invalidità permanente** che comporti la riduzione della capacità di lavoro a meno di un terzo (riscatto del 100% della posizione).  
Documentazione da produrre in caso d'invalidità permanente: riconoscimento dello stato di invalidità da parte degli Enti preposti

**Contributi non dedotti(\*)**

Dichiaro, inoltre, che con riferimento ai contributi versati nell'anno in corso, l'importo di € .....  
non è/non sarà dedotto in sede di presentazione della dichiarazione dei redditi.

**L'importo maturato al netto delle ritenute di Legge dovrà essere accreditato presso:**

Istituto bancario .....  
codice IBAN: \_\_\_\_\_  
Intestato a .....

Con riferimento alle prestazioni riscattate in forma di capitale maturate in prodotti assicurativi, autorizzo la Società Assicuratrice a liquidare le somme accantonate al Contraente Fondo Pensione Medici, affinché il Fondo, in qualità di sostituto d'imposta, possa determinare e provvedere agli adempimenti fiscali previsti dalla vigente normativa e corrispondere al sottoscritto l'importo al netto delle ritenute fiscali operate. Il sottoscritto dichiara, per se e/o per i suoi aventi causa, di tenere sin d'ora indenne e manlevata la Società Assicuratrice da ogni e qualsiasi pretesa e/o eccezione che venisse eventualmente avanzata e/o sollevata in relazione alle suddette modalità di erogazione della prestazione in questione.

Il sottoscritto è responsabile della veridicità e della correttezza di dati e delle informazioni fornite nel presente modulo.

*Data**Firma dell'aderente*

*N.B. Il presente modulo dovrà essere consegnato all'ufficio amministrazione del personale della propria azienda\*\* che provvederà ad integrarlo con tutte le informazioni utili al Fondo per effettuare la relativa liquidazione. La procedura di liquidazione avverrà dopo che l'ultimo contributo sarà stato investito e dopo che la presente modulistica, completa in ogni sua parte, ed il modello di chiusura posizione, compilato dall'azienda, saranno pervenuti al Fondo. Nel caso in cui la stessa risultasse incompleta sarà nostra cura chiedere all'azienda di farci pervenire le informazioni mancanti.*

(\*) Sono considerati contributi deducibili dal reddito complessivo tutti i contributi versati al Fondo (sia volontari sia dovuti in base agli accordi collettivi) dal lavoratore e dal datore di lavoro fino al limite massimo di 5.164,57 euro. Se nell'anno in corso sono stati versati contributi superiori al limite massimo (sono escluse le cifre derivanti dal TFR), la differenza va indicata nell'apposito riquadro, in caso contrario deve essere lasciato vuoto.

(\*\*) Nel caso che l'aderente non è più in servizio da parecchio tempo è autorizzato ad inviare il presente modulo direttamente all'indirizzo del Fondo.

## 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:

- avrà ottenuto il Vostro preventivo consenso all'interno del modulo di adesione;
- 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 congruo 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 accessibili 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](mailto:info@fondopensionemedici.it) ;

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

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

Nome e Cognome: Dott. Domenico Grisafi  
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 \_\_\_\_\_ alla via/piazza \_\_\_\_\_ 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

\_\_\_\_\_

**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 al Fondo*

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

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

la data di cessazione dell'attività lavorativa dell'iscritto: ..... / ..... / .....

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**

*(Dati obbligatori per procedere alla liquidazione della posizione)*

**Da compilarsi esclusivamente se iscritto ante 28.04.93 ("vecchio iscritto") per i versamenti dal momento dell'iscrizione al 31/12/2000**

- l'aliquota di tassazione del TFR<sup>1</sup> (ai sensi dell'art. 19 del TUIR): .....%
- che il versamento a carico del dipendente in ciascun anno (dalla data di adesione fino al 31/12/2000)<sup>1</sup>:
  - non ha superato il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
  - ha superato il 4% della retribuzione 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**

- la data di decorrenza del TFR: ..... / ..... / .....
- che l'importo totale delle riduzioni annue spettante al Fondo da applicare sulle quote di TFR è pari a €.....  
 o, in alternativa, la percentuale media di TFR versato al Fondo fino al 31/12/2000 è pari a<sup>1</sup>.....%
- che il versamento al Fondo a carico del dipendente in ciascun anno (dalla data di adesione fino al 31/12/2000)<sup>1</sup>:
  - non ha superato il 4% della retribuzione utile al calcolo dell'accantonamento del TFR;
  - ha superato il 4% della retribuzione per un importo di € .....

- che l'ultimo versamento al Fondo per l'iscritto in oggetto di € ..... è stato effettuato il ..... / ..... / .....

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

<sup>1</sup>Da compilarsi unicamente se il lavoratore, prima del 31/12/2000, era già dipendente dell'azienda attuale e già iscritto alla previdenza complementare.

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

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