

INFORMATIVA DATI SENSIBILI E DICHIARAZIONI DI CONSENSO
(ai sensi dell'art. 13 del D. Lgs. 196/2003)

MODELLO "PRIVACY_1"

Con l'entrata in vigore del Decreto Legislativo n. 196 del 30 giugno 2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali", 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 citato Codice 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. 7 del D. Lgs. 196/2003, che qui di seguito viene integralmente trascritto:

Art. 7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di 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.
2. L'interessato ha diritto di 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'articolo 5, comma 2;
 - 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 rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricati.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco 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, anche per quanto riguarda il loro contenuto, 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.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

Ulteriori informazioni potranno essere richieste presso la sede Commercianti Mutua Ospedaliera , Via Valle Venosta 4, Varese.

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 come risultanti dalla presente scheda informativa. Estende il proprio consenso anche al trattamento dei dati personali sensibili indicati e/o che verranno forniti per l'espletamento del rapporto, vincolandolo comunque al rispetto di ogni altra condizione imposta per legge.

Data, _____
In Fede

L'interessato
(firma leggibile)

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

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. 196/2003 si informa che i Vostri dati personali potranno essere utilizzati per finalità relative all'invio 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**. I Vostri dati potranno inoltre essere utilizzati per l'invio di materiale informativo mediante posta, e-mail e fax.

Con la firma apposta in calce il sottoscritto attesta il proprio libero consenso al trattamento dei dati per le finalità e modalità sopra specificate nonché all'invio di comunicazioni per 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: _____

all'inoltro, 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 statutari previsti dalla **COMMERCIANTI MUTUA OSPEDALIERA**.

Data, _____
In Fede

Il Tutore / Genitore
(firma leggibile)
