



Inviare il modulo compilato, datato e sottoscritto a:

e-mail: info@obiettivotutelasanita.it

oppure

fax: 051.18899373 / 5878842

CONVENZIONE ASSOCIATIVA PER LA TUTELA LEGALE

per il Personale “MEDICO e SANITARIO”

DA COMPILARE IN STAMPATELLO LEGGIBILE

Il / la sottoscritto / a

nato / a il/...../...../,

residente in Prov..... CAP.....,

via / piazza, n°

codice fiscale

indirizzo e-mail

telefono fisso telefono mobile

iscritto al Sindacato UIL Federazione Poteri Locali

non iscritto al Sindacato UIL Federazione Poteri Locali

in qualità di (riportare la propria qualifica)

.....

presso l'Azienda

ADERISCE ALLA CONVENZIONE ASSOCIATIVA PER LA TUTELA LEGALE

con decorrenza dalle ore 24:00 del..... alle ore 24:00 del.....

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'associazione “Obiettivo Tutela Sanità” sono quelli previsti dallo Statuto dell' Associazione stessa.

data.....firma.....



Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 “Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali” ed acconsente, ai sensi della predetta normativa , al trattamento degli stessi.

Le forniamo le seguenti informazioni sul trattamento da parte di “Obiettivo Tutela Sanità” dei dati personali da Lei comunicatici al momento della richiesta di adesione alla convenzione associativa in oggetto, nonché di quelli che saranno raccolti nel corso del nostro rapporto, in relazione alle richieste di tutela.

I dati personali già in nostro possesso e quelli che di volta in volta Le richiederemo o che Lei ci conferirà sono per lo più indispensabili per l'adesione e per la gestione da parte nostra del Suo rapporto con l' Associazione “Obiettivo Tutela Sanità”.

Un eventuale rifiuto da parte Sua di comunicarci i dati personali sopra detti potrà comportare, a seconda dei casi, l'impossibilità di aderire all'associazione, di gestire i contenziosi e/o dare corso alle Sue richieste di indennizzo.

Nell'ambito di “Obiettivo Tutela Sanità”, il trattamento di tutti i dati che La riguardano (sia quelli comuni, sia quelli sensibili) viene effettuato esclusivamente da parte di soggetti incaricati ai sensi dell'art. 30 del D. lgs. 196/03, ed avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici, con logiche strettamente correlate alle finalità per le quali i dati sono stati raccolti e sotto la supervisione del competente Responsabile del trattamento.

Il Responsabile per il trattamento dei dati che La riguardano è domiciliato per la carica presso la sede di “Obiettivo Tutela Sanità” in Via Tor Fiorenza, 35 00199 – Roma.

Al sopraindicato responsabile Lei potrà rivolgersi per far valere i diritti riconosciuti in Suo favore dall'art. 7 del D. Lgs. n. 196/03.

In particolare, Lei potrà: (I) ottenere conferma dell'esistenza o meno di dati personali che La riguardano ed averne comunicazione in forma intelligibile; (II) conoscere l'origine dei dati, le finalità del trattamento e le sue modalità, nonché la logica applicata al trattamento effettuato mediante strumenti elettronici; (III) chiedere l'aggiornamento, la rettificazione o - se vi ha interesse - l'integrazione dei dati che La riguardano; (IV) ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati eventualmente trattati in violazione della legge, nonché di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento; (V) opporsi a qualunque trattamento finalizzato all'invio di materiale pubblicitario, alla vendita diretta, al compimento di ricerche di mercato e alla comunicazione commerciale.

La preghiamo di prestare il Suo consenso al trattamento sopra descritto

data.....firma.....



Obiettivo Tutela Sanità

BENEFICIARIO: Obiettivo Tutela Sanità

IBAN: IT 76 D010 0502 4060 0000 0000 932

IMPORTO: €.....,

NUMERO CRO:.....,

CAUSALE: Versamento quota associativa Obiettivo Tutela Sanità del Sig./Sig.ra..... **(da riportare esattamente come indicato)**

data..... firma.....