



FONDO INTEGRATIVO SANITARIO AGRICOLO

Via Morgagni, 33 – 00187 Roma – Tel. 06/47.82.48.58 – Email: info@fondofisa.it – Sito Web: http://www.fondofisa.it

AUTOCERTIFICAZIONE DI STATO DI FAMIGLIA (ai sensi dell'art. 46 del D.P.R. 445 del 28/12/2000)

Il sottoscritto _____

Nato a _____ (luogo) _____ (provincia) il ____/____/____ (data) _____ (codice fiscale)

Consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000)

DICHIARA

Che la propria famiglia abitante a _____ provincia (_____)

in via/piazza _____ è così composta:

1) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

2) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

3) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

4) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

5) _____ (COGNOME NOME) _____ (CODICE FISCALE)

_____ (LUOGO DI NASCITA) _____ (PR) ____/____/____ (IL) _____ (GRADO DI PARENTELA)

_____, li _____ FIRMA* _____

* la firma non deve essere autenticata e la sottoscrizione non deve necessariamente avvenire alla presenza dell'impiegato dell'Ente che ha richiesto il certificato.

La presente dichiarazione ha validità per n. 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti che sostituisce hanno validità maggiore, ha la stessa validità di essi.

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R.445/2000).

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

N.B. Si dichiara di essere a conoscenza che, ai fini di una corretta verifica della veridicità della documentazione prodotta, il FISA avrà sempre la facoltà di esercitare ogni controllo sull'autocertificazione inviata. Il rifiuto di presentare eventuale documentazione aggiuntiva o l'opposizione agli eventuali accertamenti decisi dal Fondo comportano la decadenza del diritto alle prestazioni.

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI ai sensi degli artt. 13 GDPR (Reg. UE 679/2016)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività del Fondo.

L'elenco aggiornato dei responsabili, delle Compagnie Assicuratrici e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta al Fondo.

Per la gestione e copertura delle prestazioni assicurative a cui ha diritto in qualità di associato al Fondo, i suoi dati saranno comunicati e trattati dalle Compagnie Assicuratrici. Le Compagnie Assicuratrici tratteranno i suoi dati sulla base delle proprie informative, disponibili anche nella sezione *Normativa* del sito www.fondofisa.it.

Il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento. L'interessato può proporre reclamo ad un'Autorità di controllo. L'informativa estesa è disponibile sul sito www.fondofisa.it nella sezione Normativa.

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail **dpo@fondofisa.it**

Il titolare del trattamento dati è FONDO FISA con sede legale in Via G.B. Morgagni, 33 – 00161 Roma
amministrazione@fondofisa.it