

Scheda
ANAGRAFICA ASSISTITO
(DIPENDENTE)

CODICE AZIENDA

--	--	--	--	--

Il sottoscritto (di seguito l'“Assistito”), come in precedenza identificato, apponendo la sua firma nell'apposito spazio sottostante, dichiara di aver preso visione e di accettare il Regolamento, lo Statuto e i Piani Sanitari del Fondo di Assistenza Sanitaria FASNI (di seguito, il “Fondo”), interamente disponibili presso l'Azienda nonché sul sito internet del Fondo www.fasni.it. L'assistito dichiara di essere a conoscenza che le prestazioni oggetto del Piano Sanitario prescelto saranno erogate da parte della compagnia assicurativa Italiana Assicurazioni Spa e da Blue Assistance Spa relativamente ai rischi e ai servizi dalle stesse garantiti in conformità con quanto indicato nelle rispettive condizioni di assicurazioni e di servizio disponibili presso l'Azienda nonché sul sito internet del Fondo www.fasni.it. Maggiori informazioni relative alle prestazioni, nonché alle modalità mediante le quali richiedere l'erogazione delle medesime, sono disponibili nel Piano Sanitario prescelto e/o nella summenzionata documentazione del Fondo.

.....
DATA.....
FIRMA ASSISTITO

Preso atto dell'Informativa sul trattamento dei dati personali che mi è stata consegnata per conto dei Titolari del trattamento dal datore di lavoro ai sensi degli articoli 13 e seguenti del Regolamento (UE) 2016/679 (GDPR) e comunque disponibile sul sito www.fasni.it apponendo la mia firma nello spazio sottostante, **manifesto il mio libero consenso al trattamento dei miei dati personali “particolari” relativi alla salute come previsto dall'art. 9 del Regolamento (UE), 2016/679**. Tali dati sono necessari per l'erogazione del servizio e sono trattati da parte del Fondo di Assistenza Sanitaria FASNI, dalla Compagnia Italiana Assicurazioni Spa (nel caso di polizza danni) e Blue Assistance Spa (nei servizi per la salute) in qualità di Titolare, nonché da Poste Welfare Servizi S.r.l. che opera per i suddetti soggetti in qualità di Responsabile con le modalità e nei limiti e per le finalità di cui alla suddetta Informativa.

.....
DATA.....
FIRMA ASSISTITO