





## ESTRATTO DEL REGOLAMENTO SALUTEMIA s.m.s.

Di seguito sono riportati alcuni articoli del regolamento inerenti le modalità di adesione. Il Regolamento completo è disponibile sul sito [www.salutemia.net](http://www.salutemia.net).

### Art. 6. Familiari del Socio Ordinario

Per "familiari" si intendono il coniuge o il convivente more uxorio, il coniuge o convivente e figli superstiti, il convivente more uxorio ex lege 76/2016, i figli minorenni del Socio Ordinario, i figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del ventiseiesimo anno e i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi come risultanti dallo stato di famiglia.

Per convivente more uxorio si intende la persona convivente che conviva sotto lo stesso tetto da data precedente a quella della domanda di adesione del Socio Ordinario. Per figli, solo se fiscalmente a carico, ovvero verso i quali esista per il titolare obbligo di mantenimento.

La richiesta di estensione delle prestazioni ai familiari deve essere presentata a SaluteMia dal Socio Ordinario contestualmente alla propria richiesta di adesione compilando l'apposita sezione del modulo indicando dove richiesto i dati anagrafici e il grado di parentela con il Socio Ordinario.

I familiari non sono tenuti al versamento dei contributi associativi e di rinnovo, che verranno versati dal Socio Ordinario così come stabilito nell'art. 7 del presente Regolamento.

### Art. 7. Modalità di adesione

Per essere ammesso a SaluteMia in qualità di socio, l'aspirante deve presentare al Consiglio di Amministrazione domanda scritta su apposito modulo sottoscritto, fornito da SaluteMia e disponibile sul sito della stessa all'indirizzo [www.salutemia.net](http://www.salutemia.net)

Con la firma della domanda il richiedente risponde dell'esattezza delle dichiarazioni fatte, pena l'esclusione. Le domande di adesione vengono approvate entro 30 giorni dall'avvenuta ricezione, esclusivamente previo invio del modulo di adesione accompagnato dalla ricevuta del versamento della quota associativa annua nonché dell'autocertificazione, ai sensi di legge, della composizione del nucleo familiare che si intenderà iscrivere. Sull'ammissione decide il Consiglio di Amministrazione motivando in caso di rigetto la propria decisione. E' consentito il reclamo al Direttore Generale, ove previsto, avverso la decisione reiettiva entro dieci giorni dalla sua comunicazione all'aspirante socio. Su tale reclamo il Consiglio esprimerà la sua decisione definitiva, insindacabile e in opponibile, nei successivi dieci giorni.

Con l'acquisizione della qualità di Socio Ordinario lo stesso acquisisce anche il diritto di aderire ad uno o più Piani Sanitari promossi da SaluteMia e, ove previsto, potrà far aderire anche i familiari rientranti nell'ambito definito del Normativo del singolo Piano Sanitario.

L'iscrizione nel libro soci e la qualità di Socio decorre dal 1° gennaio e cesserà alle ore 24 del 31 dicembre di ogni anno in mancanza della richiesta di rinnovo di adesione, salvo quanto previsto all'art. 16 – Piani Sanitari. Ad ogni modo l'iscrizione decorre dalle ore 24 della delibera di accettazione della domanda di ammissione.

### Art. 8. Obblighi dei Soci

I Soci devono versare i contributi a titolo di quota associativa annua obbligatoria, aggiuntiva e quelli previsti per i Piani Sanitari sottoscritti dai Soci Ordinari per se e/o propri familiari.

Spetta al Consiglio di Amministrazione fissare la quota associativa annua obbligatoria, aggiuntiva e facoltativa per tutte le categorie di Soci. I Soci Ordinari, fino a differente delibera da parte del Consiglio di Amministrazione, saranno tenuti al versamento di una quota associativa annua pari ad euro 50,00 (cinquanta/00) per la singola adesione ed euro 80,00 (ottanta/00) per i nuclei familiari. La quota associativa dovrà essere versata in un'unica soluzione al momento della sottoscrizione della domanda di ammissione.

Il Socio dovrà altresì attenersi scrupolosamente a tutte le norme e prescrizioni contenute nello Statuto e Regolamento di SaluteMia, nonché a tutte le delibere regolarmente assunte dagli organi statutari e alle comunicazioni dirette ai Soci.

SaluteMia si impegna entro la fine del mese di febbraio di ogni anno ad emettere a favore delle categorie di Socio aventi diritto la ricevuta fiscale dei versamenti effettuati dallo stesso nell'anno precedente. Tutte le ricevute dei versamenti dei contributi associativi dovranno essere conservate dal Socio a comprova dei pagamenti effettuati, entro il termine di prescrizione di cinque anni.

Il mancato pagamento e rinnovo di adesione a SaluteMia e/o ai Piani Sanitari farà recedere dal rapporto associativo, senza soluzione di continuità.

### Art. 9. Recesso

Il Socio in regola con gli obblighi sociali può recedere in qualunque momento dalla Società di Mutuo Soccorso. Esso deve farne richiesta scritta inviandola con Raccomandata con ricevuta di ritorno al Consiglio di Amministrazione di SaluteMia ovvero tramite PEC.

Il recesso dalla qualità di Socio Ordinario avrà effetto dalla data di scadenza del Piano/i Sanitario/i, se sottoscritti. Dalla data di effetto del recesso termina immediatamente il diritto ai sussidi, prestazioni e assistenze mutualistiche.

Il Socio Ordinario ha altresì il diritto di recesso da ogni singolo Piano/i Sanitario/i prescelto/i, da esercitarsi, a mezzo di Raccomandata con ricevuta di ritorno ovvero PEC, al Consiglio di Amministrazione di SaluteMia, con effetto dalla data di scadenza dello/gli stesso/i.

Il Socio receduto non ha diritto alla restituzione di alcuna somma da lui versata che fosse affluita ai fondi sociali, fatta eccezione per i sussidi eventualmente spettanti.

Resta salva, la possibilità per il Socio Ordinario di recedere dal Piano/i Sanitario/i sottoscritto/i, così come previsto dal D.lgs. 21/2014 e ss.mm., unilateralmente, entro 14 giorni dalla data di avvenuto pagamento dei contributi associativi e senza necessità di motivazione.

### Art. 10. Esclusione

Il Socio espulso o receduto non ha diritto ad alcuna restituzione e perde, con effetto immediato, ogni proprio diritto derivantogli dalla qualità di Socio.

Il diniego della richiesta di adesione comporta la restituzione, a mezzo bonifico bancario, degli importi eventualmente versati. Se il CdA non dovesse accettare, per qualsiasi motivo, la domanda di ammissione, comunicherà all'aspirante Socio, entro 30 giorni dalla relativa delibera del Consiglio di Amministrazione, le motivazioni della mancata accettazione, a mezzo e-mail, fax o lettera raccomandata, rilasciati dal socio al momento della compilazione del modulo.

Il Consiglio di Amministrazione può deliberare l'esclusione del Socio nei seguenti casi:

- inadempienza o inosservanza da parte del Socio dello Statuto e del Regolamento;
- morosità del Socio;
- comportamenti del Socio dannosi in genere per SaluteMia e il suo funzionamento;
- simulazione del verificarsi delle condizioni per ottenere i sussidi e le prestazioni di SaluteMia.
- mutamento dell'attività lavorativa del socio quando la nuova condizione sia in contrasto con quanto previsto dal regolamento e dallo Statuto;
- condanna del socio per atti infamanti.

Il Socio potrà altresì essere escluso, anche solo dai Piani Sanitari, in caso di verifica successiva all'adesione, per difetto di veridicità dei dati personali e identificativi.

Il Socio così escluso non potrà successivamente rientrare a far parte di SaluteMia.

L'aspirante socio, invece, potrà comunque riproporre una nuova domanda di ammissione solo dopo aver rimosso i motivi che hanno determinato la mancata accettazione, allegando nella domanda la certificazione dell'avvenuta rimozione delle cause di esclusione.

Non saranno in ogni caso ammesse le domande di ammissione che siano:

- prive di Autorizzazione al Trattamento dei Dati, ai sensi del D. Lgs. 196/2003;
- prive di sottoscrizione dell'Associando;
- prive dei dati identificativi dell'Associando;
- prive del versamento della corretta quota associativa annua

### Art. 11. Morosità

Il Socio moroso per sei mesi consecutivi nel pagamento di qualsivoglia contributo dovuto a SaluteMia, decade automaticamente dalla qualifica di Socio e perde ogni diritto acquisito nei confronti della stessa. Egli potrà rientrare a far parte di SaluteMia, per una sola volta e soltanto come nuovo socio - e ad insindacabile giudizio del Consiglio di Amministrazione - osservando tutte le disposizioni dello Statuto riguardanti le nuove ammissioni. La sua anzianità verrà in tal caso computata dal giorno della sua riammissione.



## COMPONI IL TUO PIANO SANITARIO INTEGRATIVO SU MISURA

## PARTE A: INSERISCI I TUOI FAMILIARI

Per "familiari" si intendono Il coniuge o il convivente more uxorio e il coniuge o convivente superstite e i figli minorenni del socio, i figli maggiorenni fiscalmente a carico fino al compimento del ventiseiesimo anno e i figli maggiorenni fiscalmente a carico con invalidità permanente non inferiore a due terzi.

FAMILIARE	COMPONENTE	SESSO		Nome Cognome	Luogo di nascita	Data di nascita	Codice fiscale	INV.
1	Coniuge/ Convivente	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____				
2	Figlio	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____				
3	Figlio	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____				
4	Figlio	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____				
5	Figlio	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F	_____				

***'INV.': flaggare la casella corrispondente nel caso uno dei figli abbia un'invalidità permanente non inferiore a due terzi. Compila tutti i dati richiesti, pena l'impossibilità di attivare la copertura!***

## PARTE B. QUADRO DI SINTESI DELLE PRESTAZIONI DEI PIANI SANITARI

Scegli i piani sanitari di tuo interesse tra quelli presenti. **Si rinvia alla "Guida ai Piani Sanitari SaluteMia" per la conoscenza approfondita di tutte le prestazioni previste, le modalità di accesso, le carenze, le quote a carico del Socio, i casi di inoperatività delle prestazioni.**

- **Piano BASE:** eroga assistenze per gravi eventi morbosi, i grandi interventi chirurgici, l'alta diagnostica, l'assistenza alla maternità, la prevenzione dentale e gli screening preventivi, anche in età pediatrica. **E' obbligatorio per ogni componente. A partire dal quarto figlio (compreso) il piano base è gratuito;**
- **Piano integrativo 1. "RICOVERI":** eroga assistenze per ricovero con o senza intervento chirurgico (compreso parto e aborto) e day hospital. Sono inoltre comprese le spese sostenute nei giorni precedenti e successivi, attinenti all'evento stesso.
- **Piano integrativo 2. "SPECIALISTICA":** eroga assistenze per prestazioni di alta diagnostica Integrata, accertamenti e terapie; visite Specialistiche; Analisi di laboratorio; Fisioterapia;
- **Piano integrativo 3. "SPECIALISTICA PLUS!":** eroga assistenze per prestazioni di alta diagnostica Integrata, assistenza alla maternità, latte artificiale, check up oncologico, protesi ortopediche;
- **Piano integrativo 4. "ODONTOIATRIA":** eroga assistenze nell'ambito dell'igiene e prevenzione (visita odontoiatrica e ablazione tartaro); cure di primo livello (emergenze e prime cure), cure di secondo livello e terzo livello.
- **Piano OPTIMA SALUS:** eroga assistenze per interventi chirurgici, alta diagnostica, trattamento dell'infertilità, gravidanza, check up oncologico, odontoiatria.

***Il Piano BASE è obbligatorio per il Socio caponucleo e per tutti i componenti del nucleo familiare a favore dei quali si intende sottoscrivere uno o più Piani Integrativi. I Piani integrativi sono a scelta per ogni componente, pertanto, puoi inserire uno o tutti i Piani Integrativi per ogni familiare, in piena libertà.***

## PARTE C. SCEGLI I PIANI

(A) Piani Sanitari	Socio Ordinario	Familiare 1	Familiare 2	Familiare 3	Familiare 4	Familiare 5	Piani Sanitari	Socio Ordinario
<b>MODULO BASE (OBBLIGATORIO)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>OPTIMA SALUS SINGLE</b>	<input type="checkbox"/>
MODULO INTEGRATIVO 1. RICOVERI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>OPTIMA SALUS NUCLEO</b>	<input type="checkbox"/>
MODULO INTEGRATIVO 2. SPECIALISTICA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MODULO INTEGRATIVO 3. SPECIALISTICA PLUS!	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
MODULO INTEGRATIVO 4. ODONTOIATRIA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

**Per conoscere il contributo per il singolo Piano Sanitario consulta la tabella seguente.**



(B) Piani Sanitari	Contributi annui per Fascia età (*)			
	Tra 0 e 20 anni (compreso)	Tra 21 e 40 anni (compreso)	Tra 41 e 59 anni (compreso)	Oltre 60 anni
<b>BASE (OBBLIGATORIO)</b>	€ 297,00	€ 337,00	€ 530,00	€ 819,00
Integrativo <b>1. RICOVERI</b>	€ 250,00	€ 285,00	€ 332,00	€ 522,00
Integrativo <b>2. SPECIALISTICA</b>	€ 277,00	€ 315,00	€ 525,00	€ 735,00
Integrativo <b>3. SPECIALISTICA PLUS!</b>	€ 260,00	€ 385,00	€ 455,00	€ 522,00
Integrativo <b>4. ODONTOIATRIA</b>	€ 277,00	€ 315,00	€ 420,00	€ 490,00
<b>OPTIMA SALUS SINGLE</b>	€ 140,00	€ 260,00	€ 445,00	€ 790,00
<b>OPTIMA SALUS NUCLEO</b>	€ 260,00	€ 595,00	€ 790,00	€ 1.390,00

**ATTENZIONE!**

i contributi indicati nella tabella (B) si intendono per anno mentre la durata dei Piani Sanitari indicati è biennale con decorrenza 01/01/2018 e scadenza 31/12/2019. A tal fine l'adesione ad uno o più Piani implica l'obbligo al versamento dei relativi contributi per due anni.

(\*) l'ammontare del contributo annuo per il Piano Optima Salus Nucleo è in base alla fascia di età di appartenenza del Caponucleo.

**MODALITÀ DI TRASMISSIONE**

Il richiedente dovrà inviare a "SaluteMia Società di Mutuo Soccorso dei Medici e degli Odontoiatri" il presente modulo di adesione alla copertura attraverso una delle seguenti modalità:

- via fax al numero 06.21.011.950
- via email a [adesioni@salutemia.net](mailto:adesioni@salutemia.net)
- via posta ordinaria a SaluteMia, via Torino, 38 - 00184 Roma

**MODALITÀ DI PAGAMENTO**

bonifico bancario intestato a:

SaluteMia Società di Mutuo Soccorso dei Medici e degli Odontoiatri

**IBAN: IT73C0312703207000000004000**

Causale: nome cognome, quota associativa 2018 + contributi Piani Sanitari 2018 a SaluteMia s.m.s.

**QUOTA ASSOCIATIVA ANNUA**

- € 50,00 PER SOCIO ORDINARIO **SINGLE**
- € 80,00 PER SOCIO ORDINARIO **CON NUCLEO FAMILIARE**

**Il sottoscritto dichiara che sulla base delle garanzie scelte per comporre il piano sanitario del proprio nucleo familiare, il contributo associativo calcolato seguendo le indicazioni sopra riportate ammonta a:**

€..... (Quota associativa + Piani scelti)

\_\_\_\_\_  
LUOGO

\_\_\_\_\_  
FIRMA





## INFORMATIVA AL CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Gentile Signora. Gentile Signore.

l'iscrizione a SaluteMia Società di Mutuo Soccorso dei Medici e degli Odontoiatri (di seguito SaluteMia). comporta la raccolta e il trattamento dei suoi dati personali. Al riguardo, il D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196 e ss.mm. (Codice in materia di protezione dei dati personali) pone a carico della Mutua, Titolare del trattamento, l'obbligo di informare preventivamente gli interessati circa le finalità e modalità del trattamento e di acquisire il loro consenso, salvi i casi, espressamente indicati dalla legge, in cui tale consenso non è necessario.

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti **finalità**:

- **Istituzionali**, relative cioè alla gestione della domanda di ammissione e di tutti i diritti, gli obblighi e le attività conseguenti alla qualità di associato, a norma di legge, di statuto e di regolamento;
- **Gestionali**, per l'amministrazione del rapporto associativo, per l'amministrazione della copertura sanitaria e di eventuali contenziosi (inadempimenti, recupero crediti per contributi associativi, controversie giudiziarie), nonché per l'invio di materiale informativo, pubblicitario e promozionale dell'attività di SaluteMia (tessera di riconoscimento, inviti a manifestazioni, ecc.).
- **Informative e divulgative**. I dati personali raccolti potranno essere altresì trattati per finalità di divulgazione, comunicazione ed informazioni, ricerche di mercato, sondaggi (anche telefonici, on-line o mediante formulari), elaborazioni statistiche, e di marketing in senso lato di prodotti e/o servizi riferibili a SaluteMia. Mediante il conferimento del presente consenso al Trattamento per finalità di marketing l'interessato prende specificatamente atto di tali finalità divulgative e informative e autorizza espressamente detto trattamento sia ai sensi dell'articolo 23 del Codice della privacy (ove i mezzi impiegati per il Trattamento per Finalità di Marketing siano il telefono con operatore o altri mezzi non elettronici, non telematici o non supportati da meccanismi e/o procedure automatiche, elettroniche o telematiche) che anche ai sensi dell'art. 130 del Codice della privacy (ove i mezzi impiegati per il Trattamento per Finalità di Marketing siano la posta elettronica, il fax, gli sms, gli rns. sistemi automatici senza intervento di operatore e similari, incluse piattaforme elettroniche e altri mezzi telematici). Ai fini del principio di adempimento degli obblighi privacy per il titolare nel rispetto dei principi di semplificazione dei medesimi adempimenti (art. 2 del Codice), La informiamo che la formula di consenso specifica sarà unitaria e complessiva e farà riferimento a tutti i possibili mezzi del trattamento marketing, in base agli articoli 23 e 130 del Codice, ferma restando la possibilità per l'interessato di notificare a SaluteMia (agli indirizzi sotto riportati) una diversa volontà quanto all'impiego di taluni mezzi e non di altri per la ricezione, previo consenso, delle comunicazioni marketing. Inoltre, sempre ai fini del principio di adempimento degli obblighi privacy per il titolare nel rispetto dei principi di semplificazione dei medesimi adempimenti (art. 2 del Codice). La informiamo altresì che la formula di consenso specifica sarà unitaria e complessiva e farà altresì riferimento a tutte le diverse e possibili finalità marketing qui esplicitate (senza cioè moltiplicare le formule di consenso per ciascuna distinta finalità di marketing perseguita dal titolare), ferma restando la possibilità per l'interessato di notificare anche successivamente a SaluteMia una diversa volontà selettiva quanto al consenso o al diniego del consenso per singole finalità di marketing, contemplando altresì la possibilità di informazioni in merito a fondi sanitari integrativi, prodotti assicurativi, prodotti bancarie/o finanziari.

2. Il trattamento riguarderà anche **dati personali** rientranti nel novero dei **dati "sensibili"** in quanto idonei a rivelare lo stato di salute. Il trattamento effettuato su tali dati sensibili, nei limiti indicati dalla normativa vigente, risulta indispensabile al fine di procedere al riconoscimento, alla liquidazione e al pagamento dei rimborsi e dei sussidi delle spese sanitarie sostenute o per l'autorizzazione ad effettuare prestazioni sanitarie in forma diretta presso centri sanitari convenzionati con SaluteMia (es. acquisizioni di documentazione sanitarie, cartelle cliniche, prescrizioni mediche, referti, esclusivamente attinenti la richiesta di rimborso delle spese sanitarie riconosciute da SaluteMia).
3. Il trattamento dei dati personali, per il raggiungimento delle finalità indicate, avverrà mediante strumenti cartacei, informatici, telematici o altri sistemi di telecomunicazione in modo da garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati, nonché la piena osservanza della Legge.
4. Il conferimento dei dati personali è reso dallo Statuto e dal Regolamento di SaluteMia per porre in essere il rapporto di iscrizione e consentire il conseguimento dei rimborsi e di eventuali sussidi. Il loro mancato conferimento può comportare l'impossibilità di garantire le prestazioni oggetto del rapporto di iscrizione. Il conferimento dei dati anagrafici dei familiari degli iscritti, nonché il conferimento dei dati sensibili sia degli iscritti che degli altri beneficiari è obbligatorio ai fini dell'accoglimento delle specifiche richieste di rimborso delle spese sanitarie, o di erogazione diretta di prestazioni sanitarie tramite strutture o medici convenzionati. I dati da Lei conferiti non saranno in alcun modo diffusi.
5. I dati potranno essere utilizzati in forma anonima e aggregata per finalità statistica.
6. I dati sensibili non saranno comunicati ad altri soggetti, se non a società di software appositamente incaricate per consentirLe la consultazione dello stato delle pratiche sanitarie e della liquidazione dei rimborsi e di eventuali sussidi su apposito portale ad accesso esclusivo dell'interessato, a Istituti Tesorieri e loro incaricati ai fini esclusivi delle operazioni relative ad invio degli assegni o accredito bonifici di rimborso e sussidio (compilazione causale coti descrizione generica prestazioni a cui si riferisce il rimborso o il sussidio); a società di servizi sanitari e le strutture sanitarie convenzionate per il rilascio dell'autorizzazione ad effettuare le prestazioni sanitarie in forma diretta ed indiretta.
7. Il titolare del trattamento è SaluteMia in persona del Presidente legale rappresentante *pro tempore*, con sede in via Torino, n. 38. Roma. Il responsabile designato del trattamento è SaluteMia e UniSalute S.p.A. per le attività ad essa collegate e per la corretta prenotazione delle prestazioni e del rimborso. UniSalute non potrà svolgere attività commerciale, incaricati del trattamento saranno i dipendenti di SaluteMia su incarico dei responsabili, a ciò espressamente designati per l'espletamento degli scopi mutualistici.

**QUALI SONO I SUOI DIRITTI**

La normativa sulla privacy (artt. 7-10 D. Lgs. 196/2003) Le garantisce il diritto ad accedere in ogni momento ai dati che La riguardano, a richiederne l'aggiornamento, l'integrazione, la rettifica o, nel caso i dati siano trattati in violazione di legge, la cancellazione. Titolare del trattamento dei Suoi dati comuni e sensibili è SaluteMia.

Per ogni eventuale dubbio o chiarimento, nonché per conoscere l'elenco aggiornato delle categorie di soggetti ai quali comunichiamo i dati e l'elenco dei Responsabili potrà rivolgersi al Responsabile per il riscontro agli interessati al seguente indirizzo e-mail: [info@salutemia.net](mailto:info@salutemia.net). La presente informativa è resa per i dati forniti direttamente dall'interessato, o raccolti presso terzi o presso pubblici registri, elenchi, atti o documenti, conoscibili nei limiti stabiliti dalle norme sulla loro conoscibilità. Per i dati di natura sensibile (idonei a rilevare lo stato di salute) il trattamento avverrà nei limiti e con le modalità previste dall'Autorizzazione Generale del Garante.

**AFFINCHÉ SALUTEMIA POSSA TRATTARE I SUOI/VOSTRI DATI È NECESSARIO SOTTOSCRIVERE IL SEGUENTE MODULO DI CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Autorizzo al trattamento dei dati personali comuni e sensibili (Artt. 23 e 26 D. Lgs. 196/03 - Codice In materia di protezione dei dati personali).

Preso atto di quanto indicato nell'Informativa, esprimo il mio consenso al trattamento dei miei dati personali, compresi i dati sensibili indicati, ad opera dei soggetti indicati nella predetta informativa e per le finalità dalla stessa indicate apponendo la firma e facendo apporre quella dei miei familiari, negli spazi sottostanti. Autorizzo altresì SaluteMia a richiedere i dati necessari alle finalità della presente informativa e riguardanti la mia persona.

\_\_\_\_\_  
Nome e Cognome (in stampatello)\_\_\_\_\_  
Firma dell'interessato

Codice fiscale del Socio Ordinario |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

**COMPILARE IN CASO DI ADESIONE ANCHE DI PARTE O INTERO NUCLEO FAMILIARE**

Nome e Cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_ del coniuge/convivente

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_ del 1° figlio \*\*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_ del 2° figlio \*\*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_ del 3° figlio \*\*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

Nome e Cognome (in stampatello) \_\_\_\_\_ del 4° figlio \*\*

Firma dell'interessato \_\_\_\_\_

\* In caso di adesione al Piano *Optima Salus Nucleo* bisogna indicare i dati di tutti i membri del nucleo familiare, come definito nella precedente PARTE A.

\*\* Si pregaro i genitori / curatori / tutori di firmare con proprio nome e cognome per conto dei minori / inabilitati / interdetti