

Spazio riservato GS-Fasi
N. Pos.
Decorr.

## DOMANDA DI ACCESSO ALLE TUTELE GS-FASI

**Io sottoscritto/a**

Cognome ..... Nome .....

Luogo di nascita ..... Prov. .... Data di nascita .....

Codice fiscale..... Sesso M/F.....

Residente in..... Indirizzo..... Cap ..... Prov. ....

Tel.res. .... Tel.Cell. .... E-mail .....@.....

consapevole delle responsabilità e delle conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, anche ai sensi e per gli effetti di cui all'art. 76 del D.P.R. 445/2000, nonché in caso di esibizione di atti contenenti dati non più corrispondenti a verità e consapevole, altresì, che qualora emerga la non veridicità del contenuto della presente dichiarazione, la GS-Fasi sospenderà l'erogazione delle tutele e decadrà ogni diritto a ricevere le tutele stesse.

### DICHIO:

1. di essere nella condizione di disoccupazione involontaria e di aver presentato all'INPS la richiesta di indennità di disoccupazione NASpl;
2. di essere stato licenziato in data:..... (data presente sulla lettera di licenziamento).
3. che l'ultimo rapporto di lavoro in qualità di dirigente, con applicazione del CCNL per i dirigenti di aziende produttrici di beni e servizi sottoscritto da Confindustria e Federmanager, è intercorso con l'azienda:  
Ragione Sociale ..... dal ..... al ..... (fine preavviso) e che:  
• l'interruzione NON è dovuta a recesso unilaterale da parte del Datore di lavoro per giusta causa (art. 2119 del Codice Civile);
4. di aver effettuato l'iscrizione all'Agenzia del Lavoro di Fondirigenti, impegnandomi ad aderire alle iniziative che la stessa metterà in atto ai fini della ricollocazione.
5. di aver maturato anzianità complessiva non inferiore a diciotto mesi, in qualità di dirigente con applicazione del CCNL sottoscritto da Confindustria e Federmanager presso l'azienda di provenienza sopraindicata e/o presso le seguenti aziende produttrici di beni e servizi:  
Azienda ..... periodo dal ..... al ..... (fine preavviso)  
Azienda ..... periodo dal ..... al ..... (fine preavviso)  
Azienda ..... periodo dal ..... al ..... (fine preavviso)
6. di essere a conoscenza delle seguenti cause di cessazione delle tutele: qualora si verifichi una delle cause previste per legge che determinano la cessazione del diritto a percepire l'indennità di disoccupazione NASpl; qualora non abbia aderito a iniziative messe in atto dall'Agenzia per il Lavoro costituita dalle Parti nell'ambito di Fondirigenti finalizzate alla ricollocazione; qualora attivi un nuovo rapporto di lavoro ovvero intraprenda una attività autonoma; qualora abbia maturato il diritto al percepimento del trattamento pensionistico;
7. di comunicare alla GS-Fasi qualsiasi variazione che influisca sul mio stato di involontaria disoccupazione, entro 30 giorni dal suo verificarsi.
8. di aver allegato alla presente domanda il modulo con le Condizioni essenziali all'erogazione delle tutele previste.

Ho letto l'informativa allegata alla presente domanda ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196 e acconsento al trattamento dei miei dati;

Data ..... FIRMA .....

**In particolare, dichiaro di aver letto e di accettare senza alcuna riserva i punti 1 e 8**

Data ..... FIRMA .....

## IMPORTANTE

La presente domanda di accesso alle tutele GS-Fasi dovrà essere stampata, compilata in ogni sua parte e inviata **entro e non oltre 68 giorni** dalla data di cessazione del rapporto di lavoro o dalla scadenza del periodo di preavviso, a mezzo raccomandata a:

### **FASI GESTIONE SEPARATA**

**Via Vicenza 23**

**00185 Roma**

oppure tramite le Associazioni Territoriali di Federmanager, comunque tenute a rispettare termini e modalità di invio.

Si elenca di seguito la documentazione da produrre a corredo della presente domanda, comprensiva dell'allegato sulle Condizioni essenziali all'erogazione delle tutele previste:

- **copia della lettera di assunzione e/o di nomina a dirigente;**
- **copia della lettera di licenziamento;**
- **copia dell'attestazione dell'iscrizione all'Agenzia per il Lavoro (stampa dell'iscrizione effettuata tramite il sito [www.fondirigenti.it](http://www.fondirigenti.it));**
- **copia dell'ultima busta paga (comprensiva della indennità sostitutiva di preavviso e del TFR);**
- **estratto conto INPS relativo alla retribuzione degli ultimi due anni;**
- **copia dell'accettazione da parte dell'INPS della domanda di indennità di disoccupazione NASpl, non appena in Suo possesso;**
- **copia del CUD relativo al reddito percepito nell'anno precedente a quello nel corso del quale si è risolto il rapporto di lavoro, intendendo la data di licenziamento e non la data di fine preavviso;**
- **documentazione, non appena in Suo possesso, probante l'avvenuta prima erogazione della indennità di disoccupazione NASpl da parte dell'INPS.**

Ricevuta e registrata la domanda, la GS-Fasi invierà al dirigente un avviso all'indirizzo di posta elettronica indicato all'atto della compilazione della medesima.

La GS-Fasi, acquisita l'intera documentazione e accertata la sussistenza di tutti i requisiti, provvederà ad attivare le coperture sanitarie Fasi e integrativa Fasi (ASSIDAI) e la copertura assicurativa per morte o invalidità permanente, che saranno disciplinate dai rispettivi regolamenti.

**Qualunque variazione delle condizioni che hanno determinato il diritto alle tutele GS-Fasi, dovrà essere immediatamente comunicata alla GS-Fasi stessa, secondo modalità e tempi che Le saranno comunicati all'accettazione della domanda.**

**L'omessa comunicazione del perdurare del proprio stato di disoccupazione sospenderà l'erogazione delle tutele previste e, trascorsi sei mesi senza alcuna informazione nel merito, decadrà ogni diritto a ricevere le tutele dovute e decorrerà l'obbligo alla ripetizione delle somme a qualsiasi titolo corrisposte.**

## **CONDIZIONI ESSENZIALI PER L'EROGAZIONE DELLE TUTELE**

- 1. Accetto di comunicare alla GS-Fasi, per mezzo delle funzioni previste, il perdurare del mio stato di involontaria disoccupazione, secondo la periodicità stabilita.**
- 2. In caso di mio silenzio, la GS-Fasi sospenderà le tutele e non potrà per nessuna ragione essere considerata responsabile della relativa mancata erogazione.**
- 3. Sono altresì a conoscenza che, trascorsi sei mesi senza mie ulteriori comunicazioni in merito, decadrà ogni diritto a ricevere le tutele dovute e che decorrerà l'obbligo di ripetizione delle somme a qualsiasi titolo percepite. Mi impegno a tenere costantemente aggiornati i miei recapiti postali, telematici e telefonici al fine di consentire alla GS-Fasi l'erogazione delle tutele e l'inoltro delle relative comunicazioni.**
- 4. Mi impegno fin d'ora a inviare tutti gli ulteriori documenti/certificati necessari alla GS-Fasi per l'attivazione della copertura sanitaria Fasi e integrativa Fasi (ASSIDAI), e della copertura assicurativa per morte o invalidità permanente. Autorizzo la GS-Fasi, al solo fine di erogare le tutele previste, a fornire le informazioni necessarie all'attivazione delle medesime, di cui al punto 3.**

**Confermo di avere letto, compreso e accettato le condizioni ai punti 1-2-3-4 di cui sopra.**

**Data** \_\_\_\_\_

**FIRMA** \_\_\_\_\_

INFORMATIVA  
DIRIGENTI

*Informativa ai sensi e per gli effetti del Decreto Legislativo 30 giugno 2003 n. 196*

Gentile dirigente,

in osservanza di quanto previsto dalle disposizioni in materia di tutela dei dati personali, il Fasi, ai sensi di quanto prescritto dall'art.13 del D.Lgs.196/03 (Codice in materia di protezione dei dati personali, che ha sostituito la legge n.675/1996), intende fornirLe le dovute informazioni in ordine alle finalità e alle modalità del trattamento dei Suoi dati personali, nonché l'ambito di comunicazione e di eventuale diffusione degli stessi, la natura dei dati in nostro possesso e del loro conferimento.

Atteso che è primario interesse del Fasi tutelare e garantire il Suo diritto alla privacy e alla riservatezza dei dati comuni e sensibili che debba fornirci per consentirci di offrirLe le prestazioni di assistenza sanitaria integrativa che vorrà richiederci nell'ambito delle nostre finalità istituzionali, La informiamo che l'uso dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, avendo riguardo agli obblighi e al rispetto della normativa sopra indicata, a protezione della tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti.

Al fine di fornirLe una chiara ed esaustiva informativa in merito al trattamento dei Suoi dati personali, e rammentandoLe che, ai sensi dell' art. 23 del sopra citato D.Lgs. 196/03, sarà necessario il Suo consenso scritto, che vorrà manifestare compilando la relativa scheda, che accludiamo alla presente informativa, si precisa quanto segue.

- Come Le è noto, lo scopo del Fasi - Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa - è quello di erogare ai dirigenti in servizio o in pensione, aventi i requisiti statutari previsti, nell'ambito di un sistema di mutualità, prestazioni integrative dell'assistenza fornita dal Servizio Sanitario Nazionale, estese anche al proprio nucleo familiare, come individuato dal Regolamento.
- Per realizzare le proprie finalità il Fasi ha pertanto necessità di acquisire taluni dati personali riguardanti il dirigente che richiede la prestazione ed, all'occorrenza, i Suoi familiari, in quanto soggetti beneficiari.
- Detti dati personali, che possono essere comuni o anche sensibili, sono stati fatti oggetto sin dal 1996 di specifica tutela, dapprima con la L. 675/96, attualmente in forza del D.Lgs.196/03, entrato in vigore dal 1° gennaio 2004.
- Ai sensi del summenzionato Testo Unico sulla Privacy, sono comuni, a titolo esemplificativo, i seguenti dati personali, anagrafici ed identificativi: cognome e nome, data di nascita, residenza, abitazione, codice fiscale, titolo dell'iscrizione; coordinate bancarie; impresa o ex impresa di appartenenza; titolo della pensione eventualmente percepita; cognome e nome, grado di parentela, sesso, luogo e data di nascita dei familiari a carico. Sono invece ritenuti sensibili i dati personali di tipo sanitario, idonei a rilevare lo stato di salute (certificati medici e ogni altra documentazione medica presentata) e la vita sessuale dell'interessato (oltre, a titolo di completezza, i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale).

I dati personali e sensibili da Lei conferiti e le eventuali variazioni di tali dati che Ella comunicherà in futuro al Fasi, nella sua qualità di Titolare del trattamento, saranno trattati per le finalità e con le modalità di seguito indicate:

1. Il trattamento che intendiamo effettuare è finalizzato esclusivamente a gestire ed evadere le richieste di prestazioni sanitarie che Ella, quale nostro iscritto, potrebbe inviare a questo Fondo.

Esso sarà svolto, oltre che mediante strumenti manuali o cartacei, con l'ausilio di sistemi elettronici ed informatici, in ogni caso idonei a garantirne la sicurezza e ad evitare accessi non autorizzati ai dati, in conformità a quanto previsto dagli artt. 33 34 35 del T.U. sulla Privacy, anche tramite soggetti terzi a ciò appositamente incaricati e/o con l'ausilio di società esterne, e può comprendere le operazioni o complesso di operazioni indicate nell'articolo 4, comma 1, lettera a) del D.Lgs.196/03.

I dati personali, e gli eventuali dati sensibili, saranno trattati dal Fasi, e dai responsabili e incaricati a ciò nominati e/o designati, in forma per lo più automatizzata ed in conformità a quanto disposto dall'articolo 11 della vigente normativa, solo ed esclusivamente per le finalità sopra indicate e saranno conservati per il periodo di tempo non superiore a quello necessario agli scopi per i quali essi sono stati raccolti e successivamente trattati. All'uopo si precisa ulteriormente che il trattamento dei dati personali e sensibili è effettuato con l'adozione di idonee e preventive misure di sicurezza, protezione e riservatezza e nell'ambito della normale attività di assistenza sanitaria integrativa del Fasi, anche attraverso l'utilizzo di strumenti informatici e telematici e con modalità strettamente correlate, in modo da ridurre al minimo i rischi di distruzione o perdita, anche accidentale, dei dati stessi, di accesso non autorizzato o di trattamento non consentito e non conforme alle finalità della raccolta.

In particolare, nel trattamento dei dati, il Fasi, e così pure i responsabili a ciò preposti, si avvarranno di misure organizzative, fisiche e logiche idonee a garantirne la sicurezza e la riservatezza, con l'utilizzo di ogni più idonea misura atta a consentire e garantire la classificazione, la conservazione e la riservatezza dei dati, quali controlli periodici, custodia in armadi chiusi, dispositivi antincendio e continuità elettrica, identificazione utente, controllo anti virus, backup periodici, etc.

2. Si rappresenta, inoltre, che il conferimento dei dati personali richiesti dal Fasi per evadere la richiesta inoltrata e il relativo consenso al loro trattamento devono ritenersi contrattualmente obbligatori, in quanto il mancato, incompleto ovvero errato conferimento dei dati richiesti dal Fondo, incidendo sulla instaurazione e sulla prosecuzione del rapporto contrattuale, impedirebbe a quest'ultimo di eseguire la sua prestazione e di liquidare le richieste di rimborso, agendo anche sui tempi di gestione.
3. Per lo svolgimento di talune attività, il Fasi ha l'esigenza di comunicare alcuni dati degli assistiti anche a società o soggetti esterni di propria fiducia, che possono utilizzarli, in qualità di responsabili del trattamento, per l'effettuazione di procedure necessarie per l'erogazione delle prestazioni o dei servizi richiesti, o per svolgere attività di supporto al funzionamento ed all'organizzazione del lavoro d'ufficio delle pratiche di rimborso in genere.

I dati personali e sensibili, per quanto di rispettiva competenza, sono comunicati ai seguenti soggetti:

- o le Società di informatica e di assistenza medico-sanitaria, nonché altre società fornitrici di servizi collaterali, della cui collaborazione questo Fondo si avvale;
- o gli Istituti bancari che devono effettuare il pagamento dell'importo dovuto per la prestazione;
- o la Struttura medica alla quale Ella si potrebbe rivolgere o comunque con noi convenzionata;
- o le Società che gestiscono servizi postali informatizzati;
- o i consulenti: medico, legale, fiscale, contabile, attuariale e tributario del Fondo;

- o soggetti/enti ai quali la facoltà di accedere ai Suoi dati sia riconosciuta da disposizione di legge ( ad es. Agenzia delle Entrate).

Resta inteso, inoltre, che qualora Ella abbia conferito mandato e/o autorizzazione ad altro Fondo, Cassa e/o Ente per Suo conto e/o dei Suoi familiari a gestire e trattare le richieste di rimborso collegate alle prestazioni sanitarie integrative da erogarsi da parte del Fasi, i dati da Lei forniti saranno a questi ultimi comunicati.

I dati forniti non sono soggetti a diffusione.

4. I dati personali possono essere trasferiti all'estero nei casi e nei modi previsti dagli artt. 42 e ss. del D.Lgs.196/03, tra cui quando sia richiesto dall'assistito il pagamento delle prestazioni presso banche estere o quando lo stesso risieda all'estero.
5. L'art. 7 del D.Lgs.196/03 conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare del trattamento la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro comunicazione in forma intelligibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, delle finalità e modalità del trattamento, nonché della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, oltre che l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta.

Si precisa che l'interessato potrà far valere i propri diritti come espressi dagli artt. 7 8 9 e 10 del D.Lgs.196/03, rivolgendosi al Titolare o al Responsabile del Trattamento.

6. Titolare del trattamento è il Fondo Assistenza Sanitaria Integrativa - Fasi - , Via Vicenza 23, 00185 Roma.

Responsabile aziendale del trattamento è il Dott. Germano Gallina, domiciliato per la carica presso il Fasi.

L'elenco degli ulteriori altri Responsabili, all'occorrenza, potrà essere direttamente richiesto al Responsabile aziendale del trattamento.

In fede.

Il Presidente  
Marcello GARZIA