

INFORMATIVA

Ai sensi dell'Art.13 del D.Lgs 196/03 che prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali, desideriamo informarLa su quanto segue:

1. Il trattamento dei Suoi dati personali sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza ed i Suoi diritti.
2. Per i trattamenti di dati sensibili idonei come nel Suo caso, a rilevare lo stato di salute, è necessario il consenso scritto dell'interessato e l'autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali (Art. 26 del D.Lgs. 196/03).
3. Il trattamento che intendiamo effettuare è finalizzato a gestire ed evadere le richieste di indennità giornaliera di ricovero e di eventuale convalescenza nonché di rimborso di spese sanitarie che Ella ci farà pervenire. Esso sarà effettuato dalla CAS.SA.COLF. e dalle Assicurazioni con essa convenzionate, anche tramite sistema informatico.
4. Il titolare del trattamento è il Presidente della CAS.SA.COLF, attualmente nella persona del Dott.re Lorenzo Gasparrini, domiciliato per la carica presso la Sede della CAS.SA.COLF, in Roma Via Tagliamento, 29. Ella potrà rivolgersi al titolare del trattamento per far valere i Suoi diritti così come previsti dall'Art.7 del D.Lgs. 196/03, che per Sua comodità riproduciamo integralmente:

Art.7 – Diritto di accesso ai dati personali ed altri diritti

1. L'interessato ha diritto di ottenere la conferma dell'esistenza o meno di dati personali che lo riguardano, anche se non ancora registrati, e la loro comunicazione in forma intelligibile.
2. L'interessato ha diritto di ottenere l'indicazione:
 - a) dell'origine dei dati personali;
 - b) delle finalità e modalità del trattamento;
 - c) della logica applicata in caso di trattamento effettuato con l'ausilio di strumenti elettronici;
 - d) degli estremi identificativi del titolare, dei responsabili e del rappresentante designato ai sensi dell'Articolo 5, comma 2;
 - e) dei soggetti o delle categorie di soggetti ai quali i dati personali possono essere comunicati o che possono venirne a conoscenza in qualità di rappresentante designato nel territorio dello Stato, di responsabili o incaricato.
3. L'interessato ha diritto di ottenere:
 - a) l'aggiornamento, la rettificazione ovvero, quando vi ha interesse, l'integrazione dei dati;
 - b) la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, compresi quelli di cui non è necessaria la conservazione in relazione agli scopi per i quali i dati sono stati raccolti o successivamente trattati;
 - c) l'attestazione che le operazioni di cui ai numeri a) e b) sono state portate a conoscenza, anche per quanto riguarda il loro contenuto, di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, eccettuato il caso in cui tale adempimento si rivela impossibile o comporta un impiego di mezzi manifestamente sproporzionato rispetto al diritto tutelato.
4. L'interessato ha diritto di opporsi, in tutto o in parte:
 - a) per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano, ancorché pertinenti allo scopo della raccolta;
 - b) al trattamento di dati personali che lo riguardano, previsto a fini di invio di materiale pubblicitario o di vendita diretta o per il compimento di ricerche di mercato o di comunicazione commerciale.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Con riferimento alle informazioni da Voi fornitemi e sopra contenute in questo stesso foglio, ai sensi dell'Art.23 del D.Lgs.196/03,

il sottoscritto _____

Nato il: ____ - ____ - ____ A: _____ Nazione: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che i dati medesimi rientrano nel novero dei dati "sensibili" di cui all'Art. 4 comma 1 lett. d) del decreto legislativo citato, trattandosi di dati "idonei a rivelare (...) lo stato di salute".

Esprime altresì consenso alla comunicazione dei dati in questione sia alla **CAS.SA.COLF**, associazione con Sede in Roma, in Via Tagliamento, 29 sia alle compagnie di assicurazione con questa convenzionate, nei limiti derivanti dalle finalità per le quali detta comunicazione viene da Voi effettuata.

DATA : ____ - ____ - ____

Firma del datore di lavoro: _____