



CASSA MUTUA

di Previdenza ed Assistenza Dipendenti

Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste

(ERETTA IN ENTE MORALE CON D.P.R. 06.03.60 n. 327 – G.U. n.96 DEL 20.04.60)

Mod.1

DOMANDA DI ISCRIZIONE

Inviare il modulo di domanda e la documentazione allegata all'indirizzo di posta elettronica
segreteria@cassamutuamipaaf.it

Il/la sottoscritto/a Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____

Prov. _____ Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Telefono abitazione _____ Cellulare _____

e-mail _____ pec _____

COMPILARE SOLO SE DIVERSO DALLA RESIDENZA

Indirizzo domicilio:					
Città di domicilio:		Prov:		Cap:	

Dipendente di:

- Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste
- CUTFAA Arma dei Carabinieri - CIP _____
- Vigili del Fuoco
- Ministero Difesa – OTI
- Agea
- Crea
- Altro _____

Sede lavorativa (ufficio di appartenenza) _____

Città _____ Provincia _____ in Via/Piazza _____ N° _____

C.A.P. _____ Qualifica _____

Telefono ufficio _____ email ufficio _____

CHIEDE

di essere ammesso/a quale Socio Ordinario di codesta Cassa Mutua impegnandosi ad osservare le norme statutarie vigenti, nonché tutti i regolamenti deliberati o emanati dal C.d.A. e le norme del Cod. Civ. applicabili, salvo altre. Lo/a scrivente si impegna a versare la quota sociale di iscrizione di € 3,00, una quota anticipata mensile di € 25,00 o € 50,00 a scelta del Socio, nonché la quota sociale mensile di € 25,00 o € 50,00 (scelta da confermare per un minimo di 12 mesi) non oltre l'ultimo giorno di ogni mese.

Lo/a scrivente accetta che tutte le comunicazioni e/o notificazioni avverranno tramite posta elettronica all'indirizzo comunicato. Diversamente le stesse avverranno tramite posta ordinaria o raccomandata A/R. Lo scrivente si impegna, inoltre, a **comunicare all'Ente**, entro e non oltre dieci giorni dall'avvenuta modifica, **tutte le variazioni inerenti il proprio recapito**.

La forma di versamento prescelta per la quota sociale mensile è la seguente:

€25 €50

trattenuta in busta paga

SDD Bancario (disposizione permanente di addebito in conto corrente bancario. Le spese di gestione relative a tale modalità di pagamento sono a carico del socio)

Codice IBAN _____ - _____ - _____ - _____ - _____

Data _____

Firma del Richiedente

Consenso al trattamento dei dati personali

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa - **da me allegata e debitamente sottoscritta** - che, ai sensi del GDPR n.679/2016 e del D.lgs. 196/2003, la Cassa Mutua di Previdenza ed Assistenza fra i dipendenti del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste mi ha fornito ed il cui contenuto costituisce parte integrante della presente manifestazione di consenso. Documentazione **obbligatoria** da allegare:

1. Informativa sulla privacy – pag. 3
2. Documento di identità (in corso di validità)
3. Designazione beneficiari – pag. 4
4. Copia dell'ultima busta paga
5. Atto di delega – pag. 5 (in caso di trattenuta in busta paga)
6. Autorizzazione SDD – pag. 6 (in caso di trattenuta diretta sul conto corrente)
7. Documentazione bancaria con IBAN

Data _____

Firma del Richiedente

INFORMATIVA SUL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

(ex art. 12 e ss. GDPR 2016/679 e D. LGS N. 196/2003)

La scrivente CASSA MUTUA di Previdenza ed Assistenza fra il Personale del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste, in persona del suo Presidente e legale rappresentante pro tempore, con sede in Roma, c.f. 80094790583, quale Titolare del trattamento, comunica che, al fine dell'instaurazione e gestione del rapporto associativo nonché per adempiere ad obblighi legali, dovrà richiedere Suoi dati personali e/o sensibili che saranno oggetto di "trattamento" (ossia di raccolta, registrazione, organizzazione, strutturazione, conservazione, adattamento o modifica, estrazione, consultazione, uso, comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, raffronto o interconnessione, limitazione, cancellazione o distruzione, salvo altro). In particolare, pertanto, La informiamo e Le comunichiamo che:

1. i dati saranno trattati con il supporto di *mezzi cartacei, informatici o telematici* presso la sede legale dell'Ente sita in Roma nonché presso le diverse sedi operative della Cassa Mutua o di terzi a tal fine espressamente autorizzati, nel pieno rispetto della normativa vigente in materia;
2. i dati saranno richiesti dalla Cassa Mutua e saranno da Lei conferiti, inizialmente e salvo altro, per l'iscrizione all'Ente in qualità di socio ordinario e, successivamente, per ogni prestazione e/o servizio prevista nello Statuto dell'Ente (ad es. concessione di prestiti, liquidazioni, polizze assicurative, sussidi statutari, contributi straordinari, salvo altro); base giuridica del trattamento, pertanto, è il suo consenso ovvero la necessità di eseguire il contratto associativo salvo altro;
3. il conferimento dei dati è obbligatorio in quanto, in difetto, la Cassa Mutua si troverà nell'impossibilità di prestare i propri servizi o attività nei suoi confronti;
4. ferme restando le comunicazioni eseguite in virtù di obblighi di legge o contrattuali, tutti i dati raccolti ed elaborati potranno essere comunicati, per le finalità di cui al punto 2, al Ministero o Ente di appartenenza, alla compagnia di assicurazione per le comunicazioni d'obbligo, salvo altri. All'occorrenza i suoi dati potranno essere comunicati e trattati anche da altri soggetti esterni (ad esempio per esigenze di natura fiscale, legale o previdenziale). Inoltre potranno avere conoscenza dei Suoi dati i Responsabili del trattamento e gli Incaricati al trattamento nominati con apposito atto scritto i quali, in ogni caso, si sono impegnati a garantire la massima riservatezza e discrezione nonché a non divulgare, neanche dopo la cessazione dell'incarico, alcuna delle informazioni di cui sono venuti a conoscenza nell'adempimento dei compiti assegnati;
5. tutti i dati saranno pertanto trattati in modo lecito, corretto e trasparente; saranno adeguati, pertinenti e limitati a quanto necessario rispetto alle finalità per le quali sono stati raccolti e trattati; saranno esatti e, se necessario, aggiornati; trattati in maniera da garantire un'adeguata sicurezza; conservati per il periodo di tempo strettamente necessario alle finalità per le quali sono stati raccolti (dopo la cessazione del rapporto con l'Ente potranno ancora essere conservati per l'espletamento di tutti gli adempimenti connessi o derivanti dalla conclusione del rapporto stesso);
6. inviando una mail all'indirizzo di posta **segreteria@cassamutuamipaaf.it** all'attenzione del Responsabile Consigliere Gabriele Pettorelli, potrà richiedere tutte le informazioni riguardanti il trattamento dei Suoi dati, ricevere informazioni relative ai Suoi diritti nonché esercitarli concretamente;
7. in particolare, può esercitare i diritti previsti dalla normativa vigente quali, a titolo esemplificativo, chiedere l'accesso ai dati personali (art. 15 GDPR), la rettifica (art. 16 GDPR) o la cancellazione degli stessi (art. 17 GDPR) o la limitazione del trattamento che li riguardano (art. 18 GDPR) o di opporsi al loro trattamento (art. 21 GDPR), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20 GDPR). All'occorrenza, fatto salvo ogni altro ricorso amministrativo o giurisdizionale, potrà inoltre proporre reclamo a un'autorità di controllo (art. 77 e ss. GDPR). In caso di morte dell'interessato i suoi diritti potranno essere fatti valere dagli eredi;
8. potrà trovare ogni altra informazione e comunicazione in argomento, in particolare e per esteso quelle di cui agli art. 13 e 14 e di cui agli art. da 15 a 22 del GDPR 2016/679, sul sito internet della Cassa Mutua **www.cassamutuamipaaf.it** nonché sul sito **www.garanteprivacy.it**

Il sottoscritto, ricevute le informative di cui sopra, presta il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati:

Data: _____

FIRMA: _____

La informiamo inoltre che nelle modalità e per le finalità su indicate, se ciò sarà necessario per adempiere ad un obbligo contrattuale nei suoi confronti o per adempiere ad un obbligo di legge, tratteremo anche Suoi dati che la legge definisce **DATI SENSIBILI** (in particolare, ed in relazione ad eventuali richieste di sussidi o contributi straordinari previsti dallo Statuto dell'Ente, Le potranno essere richiesti dati personali idonei a rivelare lo stato di salute, salvo altro); pertanto in relazione al trattamento di tali dati richiediamo un Suo esplicito consenso al loro trattamento.

Il sottoscritto, ricevute le informative di cui sopra, presta il proprio **CONSENSO** al trattamento dei dati che la legge definisce sensibili.

Data: _____

FIRMA: _____

MODULO DI DESIGNAZIONE BENEFICARI

Il/la sottoscritto/a, Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____

Prov. _____ Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

in caso di premorienza, DESIGNA quali beneficiari:

1) Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____

Prov. _____ Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

2) Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____

Prov. _____ Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

3) Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____

Prov. _____ Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

4) Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____

Prov. _____ Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

5) Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____

Prov. _____ Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in Via/Piazza _____ n° _____ C.A.P. _____

Data _____

Firma

ATTO DI DELEGA PER LA TRATTENUTA IN BUSTA PAGA

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ nato/a _____ Prov. _____

Data di nascita _____ Residente a _____ Prov. _____

in via/p.za _____ Civico _____ C.A.P. _____

Socio della "Cassa Mutua di Previdenza ed Assistenza Dipendenti del Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste" con la presente

autorizza

il/la _____, da cui dipende, a trattenerne dalle competenze mensili e in maniera costante, la quota associativa.

Autorizza, altresì, a porre il costo della presente delegazione a carico del sottoscritto (onere pari attualmente ad € 0,10 mensili, salvo successivi aggiornamenti).

Conferisce, altresì, delega al Corpo / Ente / Ministero medesimo a rimettere le predette somme alla Cassa Mutua mediante pagamento sul conto corrente acceso da quest'ultima presso Banca Monte dei Paschi di Siena - Filiale 8376, Via XX Settembre, 41 – 00187 Roma - IBAN: IT 32 X 01030 03389 000001014244. Qualora, per qualsiasi causa, il sottoscritto restasse temporaneamente assente dal servizio ovvero le competenze spettanti non risultassero capienti per effettuare la ritenuta, autorizza l'Amministrazione a riprendere la trattenuta delle rate mensile non appena le condizioni stipendiali lo consentano e fino all'estinzione dell'importo dovuto salvo diverso accordo con l'Ente Cassa Mutua Masaf.

Lo scrivente, ricevute le informative di cui agli art. 12 e ss. del GDPR n. 679/2016, presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche sensibili, e allega copia della busta paga e di un documento di riconoscimento in corso di validità.

Firma

Data _____



CASSA MUTUA

di Previdenza ed Assistenza Dipendenti

Ministero dell'agricoltura, della sovranità alimentare e delle foreste

(ERETTA IN ENTE MORALE CON D.P.R. 06.03.60 n. 327 – G.U. n.96 DEL 20.04.60)

SDD – MANDATO PER ADDEBITO DIRETTO SEPA CORE

Quote CIA

Rate Prestito

Con la sottoscrizione del presente mandato il Debitore:

- Autorizza il Creditore a disporre l'addebito del conto indicato nella sezione sottostante;
- Autorizza la Banca del Debitore ad eseguire l'addebito conformemente alle disposizioni impartite dal Creditore.

DATI RELATIVI AL DEBITORE

Cognome _____ Nome _____

Cod. Fiscale _____ Residente a _____

Prov. _____ in Via/P.za _____ Civico _____ C.A.P. _____

Titolare del Conto Corrente presso: _____ Agenzia _____

Codice IBAN: ____ - ____ - ____ - ____ - ____ - _____

Data _____

Firma _____

DATI RELATIVI AL CREDITORE

Ragione Sociale del Creditore: **CASSA MUTUA M.A.S.A.F.**

Sede Legale: **Via XX Settembre, 20 – 00187 Roma (RM)**

Codice Identificativo del Creditore (Creditor Identifier): **IT67CMM0000080094790583**

Con la specifica sottoscrizione della presente clausola il debitore autorizza l'addebito mensile di operazioni di importo prefissato e ai sensi e per gli effetti degli artt. 1341 e 1342 del codice civile, prende atto che per tali operazioni, come da accordi con la propria Banca e ai sensi di quanto previsto dall'art.13 del D.Lgs. 11/2010, non ha diritto a chiedere il rimborso nel termine di 8 settimane. Rimane invece fermo il diritto del debitore di chiedere alla propria Banca di non addebitare tali operazioni fino alla data in cui il pagamento è dovuto. Il debitore prende atto che in caso di insoluto gli saranno addebitate le relative spese.

Firma _____

Data _____