MODULO DI RICHIESTA RIMBORSO CASPIE 2023

(deve essere compilato in stampatello in ogni sua parte)

Riservato al personale appartenente al Corpo di Polizia penitenziaria

IL DIPENDENTE

COGNOME		**NOME**	
DATA DI NASCITA	/ /	**LUOGO DI NASCITA**	
QUALIFICA		**MATR.**	
ATTUALMENTE IN SERVIZIO PRESSO			
E-MAIL		**TELEFONO**	
IBAN	I T		

Dichiara sotto la propria responsabilità

ai sensi dell'**art. 46** (AUTOCERTIFICAZIONE) e degli **artt. 75 e 76** (DICHIARAZIONI MENDACI) **D.Lgs. 445/2000**

DI ESSERE ISCRITTO ALL'ENTE DI ASSISTENZA

1. **DAL 1° GENNAIO 2022…….…… SI NO**
2. **DALL'ANNO 2022……...…….….. SI NO**
   data di assunzione ……...
   data di inizio contribuzione ……....…
3. **DALL'ANNO 2023…… SI NO**
   data di assunzione ……...
   data di inizio contribuzione ……....…

CHIEDE il RIMBORSO PER

(barrare il punto interessato)

☐ **A -FRANCHIGIA a carico del dipendente**
(allega la DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE IL/I PAGAMENTO/I)

☐ **B-PRESTAZIONE EFFETTUATA NON PREVISTA DALLA COPERTURA ASSICURATIVA MA CONCOMITANTE ALLA PRESTAZIONE RICHIESTA**
(allega la DOCUMENTAZIONE COMPROVANTE IL/I PAGAMENTO/I)

Dichiara, altresì, di aver preso visione della circolare di riferimento

_____ _____

(Luogo e data) (Firma)

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27/04/2016 "relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché la libera circolazione di tali dati" (di seguito Regolamento) - regola il trattamento dei dati personali e prevede una serie di obblighi in capo a chi tratta informazioni relative a terze persone, al fine di garantire il rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, con particolare riferimento alla riservatezza ed alla protezione dei dati personali dell'interessato. *Per trattamento di dati personali si intende la loro raccolta, registrazione, organizzazione, conservazione, elaborazione, modificazione, selezione, estrazione, raffronto, utilizzo, interconnessione, blocco, comunicazione, diffusione, cancellazione e distruzione, ovvero la combinazione di due o più di tali operazioni, anche attraverso strumenti automatizzati atti a memorizzare, gestire e trasmettere i dati stessi, utilizzando strumenti idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza. È invece esclusa l'operazione di diffusione dei dati. Premesso quanto sopra,* i dati personali di cui al presente modulo saranno raccolti presso la sede dell'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria e trattati presso una banca dati automatizzata e cartacea per le finalità di registrazione e gestione.I predetti dati saranno, altresì, resi pubblici attraverso la rete intranet del Dipartimento e per via epistolare. Il conferimento di tali dati all'Ente di Assistenza e' obbligatorio al fine della gestione dell'attività stessa. I dati saranno comunicati a terzi, esclusivamente ove questi eseguano attività ausiliarie relative alla gestione dei rapporti contrattuali con l'Ente, alla tutela dei diritti, al mantenimento della sicurezza, o in conformità ad obblighi di legge o regolamentari. I dati saranno trattati per il tempo necessario per adempiere alle finalità indicate. L'interessato ha diritto di chiedere al titolare del trattamento l'accesso ai Suoi dati personali (art. 15), la rettifica (art. 16) o la cancellazione (art. 17) degli stessi, la limitazione del trattamento che lo riguardano (art.18) o di opporsi al loro trattamento (art. 21), oltre al diritto alla portabilità dei dati (art. 20). L'esercizio dei predetti diritti potrà essere esercitato tramite richiesta rivolta all'Ente di Assistenza per il personale dell'Amministrazione Penitenziaria – Largo Luigi Daga, 2 – 00169 Roma. Ha inoltre diritto sia a proporre formale reclamo all'autorità Garante (art. 77) secondo le modalità indicate sul sito dell'Autorità all'indirizzo: http://www.garanteprivacy.it/home/modulistica, sia a proporre un ricorso giurisdizionale (art. 79).

Il sottoscritto, preso atto di quanto contenuto nell'informativa preventivamente fornita, dichiara, relativamente alle seguenti finalità: rimborso franchigia, ecc. assicurazione sanitaria CASPIE

☐ di prestare il mio consenso ☐ di non prestare il mio consenso al trattamento dei dati personali forniti

Luogo e data_____, _____/_____/2023 Firma_____

Il mancato consenso alla raccolta dei dati, alla memorizzazione nei database dell'Ente ed alla loro diffusione e accessibilità via telematica non permette l'erogazione del rimborso.