

POLIZZA RESPONSABILITÀ CIVILE PROFESSIONALE – COLPA GRAVE**MEDICI DIPENDENTI OSPEDALIERI – TUTTE LE SPECIALIZZAZIONI**

COMPRESO DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA - INCLUSA INTRAMOENIA ALLARGATA

MODULO DI ADESIONE DA FIRMARE ED INVIARE TRAMITE FAX AL 02.87.18.19.05

Assicurato _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. Abitazione _____ Cellulare _____ Fax _____

E-mail _____ Cod. Fiscale _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____ Prov. _____

Ordine Medici di _____ Nr. _____

Specializzazione _____

Associazione _____

Azienda _____

Indirizzo _____

Cap _____ Città _____ Prov. _____

Tel. _____ Fax _____

COMPAGNIA DELEGATARIA RC: ASSICURATRICE MILANESE – CONVENZIONE AgAdI

MASSIMALE PER ANNO	EFFETTO DELLA GARANZIA	SCADENZA PRIMA RATA	SCADENZA POLIZZA	IMPORTO* TOTALE ANNUO

* comprensivo di quota associativa e diritti di emissione

Importo Rate Future | _____ | ,00 **Aggiungo alla proposta la polizza Tutela Legale allegando il modulo di adesione**Modalità di Pagamento prescelta: Bonifico Bancario Carta di Credito**L'ASSICURATO RICEVERÀ 15 GIORNI DOPO IL PAGAMENTO IL CERTIFICATO DI ADESIONE A MEZZO E-MAIL**

Nel rispetto della vigente normativa, Vi conferisco la nomina di mediatori di assicurazione e l'incarico di prestarmi assistenza e consulenza in merito alle mie esigenze assicurative per:

- 1) assistermi nella stipula dei contratti assicurativi;
- 2) tutelare i miei interessi nei rapporti costituiti o da costituirsi con le imprese di assicurazione e i loro agenti, ivi compresi i casi di sinistro anche per il tramite di polizze di difesa legale.

E' Vostra facoltà di avvalerVi, nell'espletamento dell'incarico, dell'opera di tecnici ed esperti di Vostra fiducia.

L'incarico è valido dalla data della presente con durata annuale e tacito rinnovo. A compenso dell'attività svolta a mio favore, Vi autorizzo a fatturarmi le Vs. competenze per consulenza ed assistenza comunque già comprese nell'importo sopra indicato e che mi impegno a rimetterVi congiuntamente al pagamento della/e polizza/e.

Luogo e Data _____ , | / / | |

Firma _____

REFERENTE

ASSIMEDICI Srl
20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20
Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.19.05
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it**
Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406
Iban Conto Separato IT31F0572801604633571142860

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 20.046.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000,00 i.v.

MODULO DI ADESIONE ALLA POLIZZA CONVENZIONE N.° 360145023

DISCIPLINA DELLE ADESIONI

Per l'adesione alla polizza convenzione n. 360145023 inerente la Responsabilità Civile Professionale a lui derivante per Colpa Grave, l'Assicurando dovrà:

- 1) completare e sottoscrivere il presente modulo d'adesione,
- 2) consegnarlo o inviarlo a mezzo fax alla AGADI ASS. GLI AMICI DI IPPOCRATE ai numeri **02 93650446**
- 3) corrispondere il relativo premio

L'attivazione della copertura assicurativa riferita al singolo aderente assume efficacia come segue:

- A. per gli Assicurati che abbiano aderito entro 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio annuo, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno di effetto della Polizza Convenzione 30/06/2014;
- B. per gli Assicurati che abbiano aderito dopo 60 gg. dalla data di effetto della Polizza Convenzione e abbiano provveduto al pagamento del premio prorata, la copertura assicurativa decorre dalle ore 24.00 del giorno successivo a quello dell'adesione e il premio di prima rata sarà calcolato in n. 365° del premio annuo, col minimo di 90/365°.

L'Associazione provvederà a protocollare il documento e successivamente a fornire ad ASSIMEDICI, in qualità intermediario dell'Impresa assicuratrice, mensilmente, l'elenco delle adesioni ricevute, la quale provvederà ad emettere specifico certificato di assicurazione per ogni singolo aderente che abbia provveduto al pagamento del premio.

ASSICURANDO

Cognome Nome		Codice fiscale	
Indirizzo		Città	Provincia
N.° telefono / fax		E-mail	
Specializzazione			
Ente di appartenenza		Provincia dell'Ente	
Quiescenza (crocsegnare la casella interessata)	SI	NO	Dal

DICHIARAZIONI

Il sottoscritto dichiara che altresì:

1. Di conoscere ed accettare tutte le condizioni generali e particolari di assicurazione contenute nella Polizza Convenzione n. 360145023.
2. Di avere ricevuto l'informativa per il trattamento dei dati personali ai sensi dell'Art. 13 del D. Lgs. N. 196/2003 e di acconsentire al trattamento dei dati sensibili diretto all'esclusivo espletamento dell'attività assicurativa – comprese le comunicazioni e i trasferimenti effettuati dai soggetti della "catena assicurativa" – necessario per dar corso alla Vostra richiesta;
3. Agli effetti di quanto disposto dagli artt. 1892-1893 C.C. di non avere ricevuto alcuna richiesta di risarcimento in ordine a comportamenti colposi, né di essere a conoscenza di alcun elemento che possa far supporre il sorgere dell'obbligo di risarcimento già al momento della stipulazione dell'Assicurazione.
4. In caso di richieste di risarcimento pervenute l'Assicurato dichiara i nominativi dei danneggiati e la data dell'evento. Le richieste relative ai nominativi sotto indicati saranno comunque escluse dalla garanzia:

Data	Nominativo



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53

Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112

Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 20.046.000,00 i.v.

Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158

Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009

Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000,00 i.v.

PROFESSIONE / SPECIALIZZAZIONE ESERCITATA

SCELTA DEL MASSIMALE

PREMI ANNUI LORDI

Professione/Specializzazione esercitata	Massimale in € (Crocettare) scelto e corrispondente premio annuo lordo in Euro in relazione alla professione/specializzazione esercitata	
	2.500.000 per sinistro 5.000.000 per anno	5.000.000 per sinistro e per anno
Direttori Sanitario e Sociale	576	
Dirigente Medico e Veterinario	576	800
Dirigente Sanitario non medico	408	
Componenti del Comitato Etico	576	
Medici Specialisti in Formazione	576	800
Medici Convenzionati	576	800
Medici Contrattisti	576	800
Ostetriche	375	800
Quadri Sanitari	60	
Personale Sanitario del Comparto	60	
OTA-OSS-OSSS-ASA-ADEST	60	
Direttore Generale	408	
Direttore Amministrativo	408	
Dirigenti non Sanitari	300	
Restante personale non sanitario	30	
Personale in quiescenza	50% premio annuo lordo procapite	50% premio annuo lordo procapite

MODALITA' DI PAGAMENTO DEL PREMIO

Il pagamento del premio convenuto, da parte dell'aderente potrà avvenire, per i casi A. e B. di cui alla sezione "DISCIPLINA DELLE ADESIONI" del presente modello:

- **esclusivamente in un'unica soluzione.**

Il pagamento del premio dovrà essere effettuato a favore di ASSIMEDICI – Tel. 02 91983311 – Fax 02 87181905 – Mail info@assimedici.it – in qualità di intermediario dell'Impresa assicuratrice, alle seguenti coordinate bancarie di riferimento:

- BANCA POPOLARE DI VICENZA
- Codice IBAN IT 31 F 05728 01604 633571142860
- Causale pagamento : CONVENZIONE N.° 360145023

SOTTOSCRIZIONE DEL MODULO

Data	L'Assicurando
------	---------------

Il presente Modulo contiene solamente alcuni dettagli della "polizza convenzione" che rimane l'unico documento rilevante ai fini della esatta determinazione del contenuto delle garanzie.

Questo Modulo NON è valido se non compilato in ogni sua parte, datato e sottoscritto.



ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libert , 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilanese@legalmail.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato
del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 25.000.000,48i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Societ  soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000 i.v.

QUESTIONARIO PER LA VALUTAZIONE DELL' ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO RC PROFESSIONALE DEL MEDICO OSPEDALIERO DIPENDENTE.

**ESCLUSIVA GARANZIA PER RIVALSA SU COLPA GRAVE DA PARTE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE PUBBLICHE.
E RELATIVO MODULO DI PROPOSTA**

INFORMAZIONI SUL PROFESSIONISTA

Cognome Nome

Indirizzo di Residenza

Luogo e data di nascita

INFORMAZIONI SULL' ATTIVITA' SVOLTA

Che tipo di attivit� svolge (Crocettare)	Medico Generico – di Base	
	Medico Specialista, esclusi accertamenti diagnostici invasivi e interventi chirurgici	
	Medico Specialista, compresi accertamenti diagnostici invasivi, esclusi interventi chirurgici, Radiologi	
	Anestesista/Rianimatore	
	Medico che pratica la chirurgia	
	Medico ortopedico che pratica la chirurgia	
	Medico che pratica la chirurgia estetica	
	Medico dentista, Odontoiatra esclusa l'implantologia	
	Medico dentista, Odontoiatra compresa l'implantologia	
	Ginecologo – Ostetrico con o senza assistenza al parto	
Specializzando (formula Young)		

l'attivit� descritta come: (Crocettare)	Medico Libero professionista con attivit� ambulatoriale extramoenia	
	Medico Libero professionista con attivit� ambulatoriale extramoenia e/o attivit� svolta in regime libero professionale all'interno di struttura sanitaria pubblica, accreditata o privata	
	Medico Dipendente di struttura privata	
	Medico Convenzionato con il S.S.N.	
	Medico Dipendente di struttura pubblica	

l'attivit� descritta viene svolta presso:	Denominazione della Struttura (indicare il nome delle eventuali strutture nelle quali opera il professionista)	Definire il tipo di struttura (scegliere tra: Pubblica, accreditata o privata)
	1.	
	2.	
	3.	

detiene polizze in corso per il medesimo rischio?	Sì		No	
--	-----------	--	-----------	--

ASSICURATRICE MILANESE

COMPAGNIA DI ASSICURAZIONI SpA

Sede e Direzione Generale: 41018 San Cesario sul Panaro (MO) – ITALIA – Corso Libertà, 53
Telefono +39 059 7479111 – Telefax + 39 059 7479112 – PEC: assicuratricemilanese@legalmail.it
Impresa autorizzata all'esercizio delle assicurazioni con decreto del Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato
del 13.12.1988 (G.U. 21.12.1988 n. 298) – Capitale Sociale € 25.000.000,48i.v.
Registro delle Imprese Tribunale di Modena R.E.A. 334152 – Codice Fiscale e Partita IVA 08589510158
Capogruppo del Gruppo Assicuratrice Milanese, iscritto all'Albo dei gruppi assicurativi al numero 009
Società soggetta a controllo e direzione unitaria di Modena Capitale SpA – C. Fiscale e P. IVA 02983670361 – Capitale Sociale € 125.000.000 i.v.

è a conoscenza dell'esistenza di una polizza di primo rischio sottoscritta dall'Ente presso cui presta la propria attività in regime di libero professionista o dipendente?	Si'		No	
	In caso affermativo fornire nome della Compagnia che assicura l'Ente ed il massimale di polizza			

L'esigenza di copertura è determinata da: (Crocettare)	Obblighi di Legge			
	Impegni Contrattuali			
	Personali esigenze di prevenzione del rischio			
	Altro (descrivere)			

Firma (leggibile) dell'Assicurando

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE LE INFORMAZIONI RICHIESTE

(Da sottoscrivere se non si voglia dare risposta alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza")

Dichiaro di non voler rispondere alle domande riportate nel "Questionario per la valutazione dell'adeguatezza", nella consapevolezza che ciò ostacola la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative e che comunque desidero sottoscrivere il Contratto.

Firma (leggibile) dell'Assicurando

- Conferma ricezione dell'informativa sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti (mod. 7a e 7b).
- Adeguatezza dei contratti offerti.
- Dichiarazione di consenso al trattamento di dati personali.
- Fascicolo informativo

.....
Data e Luogo

Dati anagrafici del Contraente che rilascia la/le dichiarazione/i

Cognome e Nome
o **Ragione sociale:**

Codice fiscale
o Partita IVA:

Indirizzo residenza
o Sede legale:

Cap / Città / Provincia:

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia della comunicazione informativa, sugli obblighi di comportamento cui gli intermediari sono tenuti nei confronti dei contraenti ALL.7A**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 49 comma 3 e all'art. 50 comma 1 lettere a) b) c) del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara di avere ricevuto:

- **copia delle informazioni da rendere al contraente prima della sottoscrizione della proposta o, qualora non prevista, del contratto nonché in caso di modifiche di rilievo del contratto o di rinnovo che comporti tali modifiche; ALL.7B**
- **la documentazione precontrattuale e contrattuale prevista dalle disposizioni vigenti.**

.....
Il contraente

In ottemperanza a quanto previsto dall'art. 32 punto 2 del Regolamento N. 35 dell'IVASS (ex ISVAP), il sottoscritto contraente/assicurato dichiara di avere ricevuto e presa visione dei:

- **documenti componenti i FASCICOLI INFORMATIVI delle polizze richieste.**

.....
Il contraente

In ottemperanza all'art. 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) n. 5 del 16/10/2006, il sottoscritto contraente dichiara:

- **confermo che le informazioni da me fornite con il questionario sono corrette e veritiere, e che l'intermediario mi ha illustrato le caratteristiche essenziali della/e polizza/e comprese le eventuali esclusioni, le limitazioni, le decadenze, le postume, le pregresse e la clausola CLAIMSMADE.**

.....
Il contraente

Preso atto dell'informativa ricevuta, ai sensi degli artt. 23 e 26 del D. Lgs. 30/6/2003 n. 196: acconsento al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;

- **acconsento** al trattamento dei dati personali sia comuni sia sensibili che mi riguardano, funzionale alla valutazione delle mie esigenze assicurative e finalizzato alla proposta di contratti assicurativi ad esse adeguati;
- **_____acconsento*** (al trattamento dei dati personali comuni che mi riguardano per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale di prodotti e servizi di Società del Gruppo Stefano, nonché di indagini sul gradimento circa la qualità di quelli già ricevuti e di ricerche di mercato;

* (ove l'Interessato NON intenda dare il proprio consenso al trattamento dei suoi dati personali per finalità di profilazione della Clientela, d'informazione e promozione commerciale, nonché di indagine sul gradimento circa la qualità dei prodotti e/o servizi ricevuti e di ricerche di mercato, deve premettere e la parola "NON" alla parola "acconsento").

Rimane fermo che il consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

.....
Il contraente

ASSIMEDICICI
 ASSINFERMIERI
 ASSIPMI
 ASSIPROFESSIONISTI
 ASSI
 CONDOMINIO

dal 1928... una storia che continua...

Numero Verde
800-MEDICI
800-633424

20123 Milano, Viale di Porta Vercellina 20 - Tel. (+39) 02.91.98.33.11 - Fax (+39) 02.87.18.19.05
 Recapiti Roma: Tel. (+39) 06.98.35.71.16 - Fax (+39) 06.23.32.43.357
 Recapiti London (UK): Tel. (+44) 20.35.29.61.35 - Fax (+44) 20.35.29.10.29
www.assimedici.it E-mail **info@assimedici.it** PEC **info@assimedici.eu**
 Partita Iva 07626850965 - Iscrizione RUI B000401406 del 12.12.2011
 Capitale Sociale 50.000,00 i.v. - Iban Conto Separato IT26M0572801600023571142860



- **Questionario sull'adeguatezza del contratto offerto**
- **Dichiarazione di adeguatezza**
- **Dichiarazione di rifiuto di fornire una o più delle informazioni richieste**
- **Dichiarazione di volontà di acquisto in caso di possibile inadeguatezza**

.....
Data e Luogo

QUESTIONARIO SULL'ADEGUATEZZA DEL CONTRATTO OFFERTO

Ad integrazione del Questionario/Proposta compilato, datato e firmato dal Proponente

Gentile Contraente, con il presente documento desideriamo verificare, in occasione della presentazione del contratto di assicurazione di cui al questionario a margine indicato, ed alla luce delle informazioni da Lei ricevute dall'intermediario:

- > se Ella abbia compreso con chiarezza le caratteristiche principali della copertura assicurativa offerta;
- > se il contratto assicurativo proposto risulti idoneo rispetto alle esigenze che abbiamo individuato e condiviso.

La preghiamo quindi di rispondere alle seguenti domande con riferimento al contratto propostoLe:

Cognome e Nome/Ragione Sociale del Contraente _____

Codice Fiscale/Partita Iva _____

Indirizzo/Sede Legale _____

A quale tipo di copertura il questionario da Lei compilato datato e firmato si riferisce?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> RC Professionale; | <input type="checkbox"/> Infortunì; |
| <input type="checkbox"/> Tutela Giudiziaria; | <input type="checkbox"/> Altro _____ |

Quali sono le esigenze e gli obiettivi che l'hanno motivata ad acquistare la copertura di cui sopra? _____

- ✓ Le è sufficientemente chiaro che le risposte da Lei fornite alle domande contenute nel questionario da Lei compilato hanno anche rilevanza ai sensi dell'art 52 del Regolamento IVASS (ex ISVAP) per la valutazione dell'adeguatezza del contratto offerto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono chiare le caratteristiche del contratto offerto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono state spiegate in modo chiaro le esclusioni, le limitazioni e le decadenze previste nel contratto? **SI** - **NO**
- ✓ Le sono chiari i contenuti della Nota Informativa e delle Condizioni Generali di assicurazione relative al contratto offerto? **SI** - **NO**

DICHIARAZIONE DI ADEGUATEZZA

Con riferimento alle informazioni fornite dal contraente e raccolte dall'Intermediario in occasione della presentazione del contratto offerto lo stesso risulta adeguato rispetto alle esigenze individuate e condivise. Tale giudizio di adeguatezza si fonda sulla consapevolezza condivisa con il contraente che egli abbia ricevuto e compreso tutte le informazioni riguardo al contratto offerto con particolare riferimento alla sua tipologia, al premio, alla durata, alle eventuali limitazioni, esclusioni e decadenze ivi previste.

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

DICHIARAZIONE DI RIFIUTO DI FORNIRE UNA O PIÙ DELLE INFORMAZIONI RICHIESTE

Dichiaro di non voler fornire una o più delle informazioni richiestemi, nella consapevolezza che ciò pregiudica la valutazione dell'adeguatezza del contratto alle mie esigenze assicurative.

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

DICHIARAZIONE DI VOLONTÀ DI ACQUISTO IN CASO DI POSSIBILE INADEGUATEZZA

Il sottoscritto intermediario dichiara di avere informato il contraente dei principali motivi, di seguito riportati, per i quali, sulla base delle informazioni disponibili, la proposta assicurativa non risulta o potrebbe non risultare adeguata alle Sue esigenze assicurative.

Il sottoscritto contraente dichiara di voler comunque stipulare il relativo contratto.

Riportare il/i principale/i motivo/i dell'eventuale inadeguatezza _____

.....
L'intermediario

.....
Il contraente

ASSIMEDICI
 CONSULENZA ASSICURATIVA INTERMEDIARI
Enti Pubblici
 assi
ASSINFERMIERI
 CONSULENZA ASSICURATIVA INFERMIERI
ASSIPMI
 PER COLLETTIVITÀ E VITUPRESI
ASSIPROFSSIONISTI
ASSI CONDOMINIO



dal 1928... una storia che continua...

PRESTAZIONE DEL CONSENSO

AI SENSI DEGLI ARTICOLI 6, 7 E 9 DEL REGOLAMENTO UE N.° 2016/679

ANAGRAFICA	Il/La sottoscritto/a	
	Nato/a a	II
	Residente a	

Preso visione dell'informativa resa per il trattamento dei dati ai sensi del GDPR, garantendo l'osservanza degli obblighi su di noi facenti capo per i dati nel caso comunicati al Titolare e riferiti a terzi, consapevoli, altresì, che in difetto di consenso il Titolare non potrà dar seguito alle operazioni di trattamento sottoposte a consenso espresso e specifico, con riferimento:

- Al trattamento delle categorie particolari di dati¹ (ex art. 9 del GDPR) per le finalità di cui al paragrafo 2.A dell'informativa (trattamenti svolti per finalità contrattuali e di legge)

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

Il mancato conferimento o la revoca del consenso al trattamento delle categorie particolari di dati per le finalità contrattuali e di legge comportano l'impossibilità per il Titolare ed i Responsabili esterni designati di procedere all'erogazione delle prestazioni connesse ai trattamenti indicati.

- Al trattamento dei dati personali (ivi comprese le categorie particolari di dati) per le finalità di cui al paragrafo 2.B dell'informativa)

- **per finalità di marketing e ricerche di mercato proprie del Titolare**

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

- **per finalità di marketing e ricerche di mercato di Società terze**

ACCONSENTO **NON ACCONSENTO**

San Cesario sul Panaro, il

Firma

¹ Categorie particolari di dati (art. 9 comma 1 GDPR)

- dati genetici: i dati personali relativi alle caratteristiche genetiche ereditarie o acquisite di una persona fisica che forniscono informazioni univoche sulla fisiologia o sulla salute di detta persona fisica, e che risultano in particolare dall'analisi di un campione biologico della persona fisica in questione;
- dati biometrici: i dati personali ottenuti da un trattamento tecnico specifico relativi alle caratteristiche fisiche, fisiologiche o comportamentali di una persona fisica che ne consentono o confermano l'identificazione univoca, quali l'immagine facciale o i dati dattiloscopici;
- dati relativi alla salute: i dati personali attinenti alla salute fisica o mentale di una persona fisica, compresa la prestazione di servizi di assistenza sanitaria, che rivelano informazioni relative al suo stato di salute;
- dati che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale;
- dati relativi alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona.
- dati giudiziari, atti a rivelare l'esistenza di provvedimenti penali suscettibili di iscrizione nel casellario giudiziale, o la qualità di indagato o imputato.