

MODULO RIAMMISSIONE

Da inviare compilato e firmato in originale a F.I.M. Via V .Veneto, 1/A 33170 PORDENONE

Il/La sottoscritto/a _____ matricola _____

chiede l'iscrizione al Fondo

data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____ prov. _____

cod. fiscale _____

comune residenza _____ prov. _____ CAP _____

via/piazza _____

cellulare _____ telefono abitazione _____

mail personale _____ mail aziendale _____

c/c di accredito dello stipendio _____ filiale n. _____ di _____

data assunzione ____ / ____ / ____ data trasformazione contratto a tempo indeterminato ____ / ____ / ____

chiede l'iscrizione al Fondo del coniuge - partner unione civile - convivente

cognome e nome _____

data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____ prov. _____

cod. fiscale _____

coniuge/partner unione civile da _____ (data matrimonio/unione civile) fiscalmente a carico⁽¹⁾ SI NO

convivente (fornire CERTIFICAZIONE DI STATO FAMIGLIA) da _____ (data inizio convivenza)

reddito superiore a quanto previsto dalla normativa tempo per tempo vigente per il coniuge a carico ⁽¹⁾ SI NO

chiede l'iscrizione al Fondo dei seguenti figli ed equiparati

1) cognome e nome _____

data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____ prov. _____

cod. fiscale _____ maschio femmina fiscalmente a carico⁽²⁾ SI NO

2) cognome e nome _____

data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____ prov. _____

cod. fiscale _____ maschio femmina fiscalmente a carico⁽²⁾ SI NO

3) cognome e nome _____

data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____ prov. _____

cod. fiscale _____ maschio femmina fiscalmente a carico⁽²⁾ SI NO

4) cognome e nome _____

data di nascita ____ / ____ / ____ luogo di nascita _____ prov. _____

cod. fiscale _____ maschio femmina fiscalmente a carico⁽²⁾ SI NO

⁽¹⁾ si intende **fiscalmente a carico** il soggetto che, nel corrente anno, non superi un reddito fiscale di **euro 2.840,51**.

⁽²⁾ si intende **fiscalmente a carico** il figlio / la figlia che nel corrente anno non superi un reddito fiscale di **euro 4.000,00** se minore di 24 anni di età, di **euro 2.840,51** se maggiore di 24 anni di età.

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI
DA PARTE DELL'ASSOCIATO/A PER SE' E PER I FIGLI MINORENNI**

Preso atto della informativa ex art. 13 Regolamento UE 679/2016 vigente sulla tutela della riservatezza dei dati personali, **esprimo il mio consenso** al trattamento dei miei dati personali e sensibili e dei dati personali e sensibili che riguardano i miei figli minorenni iscritti, che avverrà secondo le modalità e con le finalità indicate nella normativa, consapevole che, **in mancanza di consenso, risulta impossibile per il Fondo dar corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni statutariamente previste.**

Inoltre, vi autorizzo, in via permanente, ad effettuare sul mio conto corrente sopraindicato tutte le operazioni di addebito ed accredito inerenti il mio rapporto di associazione con il Fondo e di trattenere i contributi dovuti in busta paga.

_____ data

_____ firma dell'Associato/a

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI PROPRI DATI
DA PARTE DEL CONIUGE – PARTNER UNIONE CIVILE - CONVIVENTE**

Preso atto della informativa ex art. 13 Regolamento UE 679/2016 vigente sulla tutela della riservatezza dei dati personali, **esprimo il mio consenso** al trattamento dei dati personali e sensibili che mi riguardano, che avverrà secondo le modalità e con le finalità indicate nella normativa, consapevole che, **in mancanza di consenso, risulta impossibile per il Fondo dar corso ai necessari adempimenti per l'erogazione delle prestazioni statutariamente previste.**

Inoltre, quale familiare iscritto, presto il consenso alla visibilità e alla comunicazione da parte del Fondo dei miei dati personali e sensibili all'Associato/a che mi ha reso beneficiario.

_____ data

_____ firma del coniuge / partner unione civile / convivente