



MODULO DI VERSAMENTO CONTRIBUTO INDIVIDUALE

| DATI ADERENTE (Da compilare in tutte le parti) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|----------------|--------------------------|---|----------------------------|---|---|------|---|----------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IO SOTTOCRITTA/O Cognome: | | | | | | Nome: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Codice Fiscale: | | | | Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | Data di nascita: ____/____/____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comune di nascita: | | | | | | Provincia: (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Titolo di studio: <input type="checkbox"/> Nessuno <input type="checkbox"/> Licenza Elementare <input type="checkbox"/> Licenza Media Inferiore <input type="checkbox"/> Diploma Media Superiore <input type="checkbox"/> Diploma Professionale <input type="checkbox"/> Laurea <input type="checkbox"/> Specializzazione post Laurea | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefono: | | | Cellulare (Facoltativo): | | | Indirizzo e-mail: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo di residenza: | | | | | | n°: | | CAP: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comune di residenza: | | | | | | Provincia: (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Già iscritto ad un forma pensionistica complementare (Indicare il nome) | | | | | | <input type="checkbox"/> prima del 29/04/1993 <input type="checkbox"/> dopo il 28/04/1993 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Recapito per invio corrispondenza (da indicare solo se diverso da quello di residenza) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indirizzo di recapito | | | | | | n° | | CAP | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Comune di recapito | | | | | | Provincia (_____) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DATI VERSAMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Il Sottoscritto dichiara di effettuare un versamento di Euro : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width:10%; height: 20px;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%; text-align: center;">.</td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%; text-align: center;">,</td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td><td style="width:10%;"></td></tr></table> | | | | | | | | | | | | | | | . | | | | , | | | | | | | | | |
| | | | . | | | | , | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (in lettere) _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A valere sul conto corrente di Raccolta intestato a Fondo Perseo Sirio presso Istituto Centrale delle Banche Popolari: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I | T | 3 | 9 | Z | 0 | 5 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 6 | 0 | 0 | C | C | 0 | 0 | 1 | 7 | 1 | 4 | 6 | 1 | 0 | 0 |
| Cod. Paese | | Cod. Controllo | | CIN | ABI (5 caratteri numerici) | | | | | CAB (5 caratteri numerici) | | | | | Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici) | | | | | | | | | | | | | |
| Io Sottoscritta/o mi impegno inoltre ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto e dalle norme operative interne ed a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione previdenziale. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| LINEA DI INVESTIMENTO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| I contributi affluiti nel conto corrente di raccolta, saranno investiti nel comparto GARANTITO . L'Aderente DICHIARA , infine, di essere responsabile della completezza e veridicità delle informazioni fornite, ivi compresa la sussistenza dei requisiti di partecipazione richiesti. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Data compilazione ____/____/____ | | | | | | Firma: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Consenso al Trattamento dei Dati Personali Preso visione dell'informativa ai sensi della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, ACCONSENTO al trattamento dei miei dati personali, comuni e sensibili, nonché alla loro comunicazione ed al loro trattamento funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare, ai sensi del D.Lgs.196/2003. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Firma: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

N.B. I contributi, per rientrare nella valorizzazione di fine mese, devono essere versati sul conto corrente del Fondo Perseo Sirio entro il 15° giorno del mese. Entro la stessa data deve pervenire al Fondo anche il modulo VERSAMENTO CONTRIBUTO INDIVIDUALE.

N.B. Il presente modulo va compilato in tutte le sue parti, l'incompleta compilazione del modulo e/o delle firme previste, comporta la nullità dello stesso.

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Ai sensi dell'Art. 13 del D.Lgs. 196 del 30 giugno 2003 (di seguito denominato D.Lgs.) ed in relazione ai dati sensibili che La riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, la informiamo di quanto segue:

1. FINALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- a) Il trattamento è diretto all'espletamento da parte di **PERSEO SIRIO - Fondo Nazionale di Previdenza Complementare per i Lavoratori dei Ministeri, delle Regioni, delle Autonomie Locali e Sanità, degli Enti Pubblici non Economici, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'ENAC, del CNEL, delle Università, dei Centri di Ricerca e Sperimentazione, delle Agenzie Fiscali** (di seguito chiamato Fondo) delle finalità attinenti esclusivamente all'esercizio dell'attività previdenziale complementare e di quelle ad essa connesse (ivi compresa quella liquidativa) a cui il Fondo è autorizzato ai sensi delle vigenti disposizioni di legge;
- b) Può anche essere diretto all'espletamento da parte del Fondo della finalità di informazione e promozione delle prestazioni del Fondo stesso.

2. MODALITA' DEL TRATTAMENTO DEI DATI

- ✓ Il trattamento è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art.4, comma 1, lett. a) del D.Lgs; raccolta, registrazione e organizzazione; elaborazione, compresi modifica, raffronto/interconnessione; utilizzo, comprese consultazione, conservazione; cancellazione/distruzione, sicurezza/protezione, comprese accessibilità/confidenzialità, integrità e tutela;
- ✓ Il trattamento è effettuato anche con l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati;
- ✓ Il trattamento è svolto direttamente dal Fondo con l'ausilio di soggetti esterni (compagnie di Assicurazioni, Banche, SIM, Società di Gestione Dati, Server Amministrativi, Patronati e Società di Comunicazione ecc.) con i quali il Fondo ha stipulato convenzioni e che risultano essere Responsabili del trattamento per le aree di competenza. I dati identificativi dei Responsabili Esterni che collaborano con il Fondo, possono essere acquisiti presso la sede del Fondo – Via Aniene, 14 00198 Roma.

3. CONFERIMENTO DEI DATI

Ferma l'autonomia personale dell'interessato, il conferimento dei dati personali può essere:

- ✓ obbligatorio in base alla legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio);
- ✓ strettamente necessario all'esecuzione dei rapporti giuridici in essere o all'erogazione delle prestazioni;
- ✓ facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione delle prestazioni nei confronti dell'interessato stesso ;

4. RIFIUTO DEL CONFERIMENTO DEI DATI

L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire i dati personali:

- ✓ obbligatorio in base alla legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio per antiriciclaggio);
- ✓ strettamente necessario all'esecuzione dei rapporti giuridici in essere o all'erogazione delle prestazioni;
- ✓ facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione delle prestazioni nei confronti dell'interessato stesso ;

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

- ✓ I dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1 lett.a), ai soggetti deputati alla gestione dei contributi previdenziali complementari quali Compagnie Assicurative, SIM, Istituti Bancari, agli Organismi associativi del settore previdenziale, al Ministero del Lavoro, alla Commissione di Vigilanza sui Fondi Pensione, all'INPS gestione dipendenti pubblici. In tal caso, i dati identificativi dei corrispondenti titolari e degli eventuali responsabili possono essere acquisiti presso il Registro Pubblico tenuto dal Garante per la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali o presso i suddetti soggetti. Inoltre i dati personali possono essere comunicati a Pubbliche Amministrazioni ai sensi di legge;
- ✓ I dati personali possono essere inoltre comunicati a terzi per la fornitura di servizi informatici e/o servizi di archiviazione.

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti, sempre per le medesime finalità di cui al punto 1.lett.a), verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea.

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 D.Lgs. conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal titolare o dai responsabili del trattamento dei dati la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intellegibile; di avere conoscenza dell'origine dei dati, nonché della logica e delle finalità su cui si basa il trattamento; di ottenere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione alla legge, nonché l'aggiornamento, la ratificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento..

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO

Titolare del trattamento dei dati è **PERSEO SIRIO - Fondo Nazionale di Previdenza Complementare per i Lavoratori dei Ministeri, delle Regioni, delle Autonomie Locali e Sanità, degli Enti Pubblici non Economici, della Presidenza del Consiglio dei Ministri, dell'ENAC e del CNEL, dell'Università, dei Centri di Ricerca e Sperimentazione, delle Agenzie Fiscali e del CONI**; I dati identificativi del Responsabile del Trattamento Dati Interno, possono essere acquisiti presso la sede del Fondo – Via degli Scialoja, 3 00196 Roma.