



**MODULO DI RICHIESTA PRESTAZIONE - DIPENDENTE SETTORE PRIVATO**

PATRONATO: INCA  INAS  ITAL  ACLI  ALTRO \_\_\_\_\_

**DATI ADERENTE** (Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)

IO SOTTOCRITTA/O Cognome : _____		Nome: _____	
Codice Fiscale : _____		Sesso	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
Comune di nascita : _____		Data di nascita: ___/___/____	
		Provincia: (_____)	
Numero di Iscrizione/Socio: _____		Data iscrizione alla previdenza complementare ___/___/____	
Indirizzo di residenza: _____		n°: _____	CAP: _____
Comune di residenza: _____		Provincia: (_____)	

**SCELTA DELLA PRESTAZIONE** (Da compilare a cura dell'Aderente/Beneficiario)

TIPOLOGIA DI EROGAZIONE <small>SELEZIONARE UNA DELLE OPZIONI INDICATE</small>	MODALITA' DI EROGAZIONE		TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE <small>OVE RICHIESTO, SELEZIONARE L'OPZIONE PRESCELTA</small>
	CAPITALE	RENDITA	
<b>PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI VECCHIAIA</b>	<input type="checkbox"/>	%	<b>PENSIONAMENTO</b> Con 5 anni di partecipazione al Fondo e con età pensionabile stabilita dal regime obbligatorio di appartenenza.
<b>PRESTAZIONE PREVIDENZIALE INTEGRATIVA DI ANZIANITA'</b>	<input type="checkbox"/>	%	<b>CESSAZIONE DELL'ATTIVITA' LAVORATIVA</b> Con 5 anni di partecipazione al Fondo e età inferiore di non più di 10 anni da quella stabilita per il diritto alla pensione di vecchiaia nel regime obbligatorio di appartenenza
<b>LIQUIDAZIONE PER PENSIONAMENTO SENZA RAGGIUNGIMENTO REQUISITI MINIMI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>100 %</b>	<b>PENSIONAMENTO</b> <b>All'età prevista dal regime obbligatorio di appartenenza</b> Con meno 5 anni di partecipazione al Fondo o con una rendita calcolata inferiore all'assegno sociale di cui all'art.3, commi 6 e 7 della Legge 8 agosto 1995, n.335
<b>RISCATTO PER PERDITA DEI REQUISITI</b>	<input type="checkbox"/>	<b>100 %</b>	<input type="checkbox"/> <b>VOLONTA' DELLE PARTI</b> (Dimissioni, Licenziamento, Scadenza Contratto, Risoluzione Consensuale,.....) <input type="checkbox"/> <b>CAUSA INDIPENDENTE DALLA VOLONTA' DELLE PARTI</b> (Mobilità, Fallimento, F.do Esuberi,.....)
<b>RISCATTO PER MORTE DELL'ADERENTE</b>	<input type="checkbox"/>	<b>100 %</b>	

Contributi "NON DEDOTTI" e non ancora comunicati € \_\_\_\_\_ ( \_\_\_\_\_ )  
In Lettere

**COORDINATE BANCARIE**

Banca \_\_\_\_\_ Filiale \_\_\_\_\_ Intestato a \_\_\_\_\_

Codice IBAN  

<small>Codice Paese</small>					<small>Codice Controllo</small>					<small>CIN</small>					<small>ABI (5 caratteri numerici)</small>					<small>CAB (5 caratteri numerici)</small>					<small>Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)</small>				

Il sottoscritto dichiara, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n. 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, di essere in possesso di tutti i requisiti richiesti dalla normativa vigente per l'esercizio dell'opzione prescelta. E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Il Sottoscritto accetta inoltre di ricevere all'indirizzo di posta elettronica indicato, il modello CUD, che verrà spedito dal Fondo unitamente ai conteggi di liquidazione della posizione previdenziale e si impegna a richiederne copia, in caso di mancata ricezione dello stesso, entro un mese dalla data di accredito dell'importo erogato.

Data compilazione: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Firma Aderente \_\_\_\_\_

**DATI DEL DATORE DI LAVORO** (da compilare a cura del Datore di Lavoro, riportando i dati relativi alla sede presso la quale l'Aderente presta la propria attività)

Denominazione e Ragione Sociale: _____	
Codice Fiscale : _____	Sede di: _____
Telefono: _____	Fax: _____
Indirizzo e-mail: _____	
Ultimo contributo dovuto al Fondo Pensione € _____ ( _____ ) <span style="float: right;"><small>In Lettere</small></span>	
Data cessazione attività ___/___/_____	

Data compilazione \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ Timbro e Firma del Datore di lavoro: \_\_\_\_\_

**Se sei servito dal Portale NOI PA il presente modulo non deve essere consegnato in amministrazione**

**NOTA BENE: La domanda va compilata in tutte le sue parti, l'incompleta compilazione della domanda e/o la mancanza delle firme previste, comporta la nullità della stessa.**

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

### DATI DELL'ADERENTE E BENEFICIARIO (compilazione a cura dell'Aderente o degli Eredi/Beneficiari)

Nella sezione iniziale devono essere riportati i dati anagrafici dell'aderente anche in caso di **decesso** del medesimo. In caso di decesso va inoltre compilato l'apposito modulo previsto ed allegato di seguito ed allegare la documentazione richiesta. Si ricorda che in caso di decesso dell'aderente devono presentare domanda di riscatto totale i beneficiari previsti dalla normativa sui fondi pensione.

### OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI EROGAZIONE (compilazione a cura dell'Aderente o degli Eredi/Beneficiari)

NB: Le opzioni consentite sono tra loro alternative: Qualora vengano barrate più opzioni, il modulo sarà annullato. Per avere maggiori dettagli sulla fiscalità applicabile alle prestazioni erogate dai fondi pensione si può fare riferimento alla Circolare 29/E del 20/3/2001 dell'Agenzia delle Entrate.

**A) PRESTAZIONE PREVIDENZIALE** – L'erogazione della prestazione previdenziale, in forma di rendita o capitale, può essere richiesta dall'iscritto al raggiungimento dei requisiti minimi previsti dallo Statuto. Qualora parte della prestazione debba essere erogata in forma di rendita, devono essere fornite le ulteriori informazioni richieste relativamente a frequenza di erogazione ed eventuale percentuale di reversibilità.

**B) RISCATTO PER PERDITA DEI REQUISITI** – Il riscatto della posizione individuale può essere richiesto nel solo caso di perdita dei requisiti di partecipazione al Fondo Pensione verificatosi prima del raggiungimento dei requisiti per l'erogazione della prestazione previdenziale. Si rammenta che il cambiamento dell'attività lavorativa ha rilevanza solo nel caso di passaggio a settori diversi da quelli previsti per l'adesione a Perseo Sirio.

**C) DECESSO** – Il decesso dell'iscritto va segnalato dai beneficiari

**CONTRIBUTI NON DEDOTTI** – Ai sensi dell'art. 1 comma 2, del D.Lgs. n. 47/2000 entro il 30 settembre dell'anno successivo in cui è stato effettuato il versamento è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa. Qualora l'iscritto maturi il diritto alla prestazione prima del 30 settembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'intero ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione che non sono già stati comunicati in precedenza (si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore dei famigliari fiscalmente a carico).

### OPZIONE PRESCELTA – TIPOLOGIA DI MOTIVAZIONE E ALTRE INFORMAZIONI

**CESSAZIONE DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA** - Si ricorda che il cambiamento dell'attività lavorativa assume rilevanza nel solo caso di passaggio a settore diverso da quelli previsti per l'iscrizione al Fondo Pensione. In caso di anticipata risoluzione del rapporto di lavoro, bisogna precisare sempre il motivo della cessazione (influisce sul regime fiscale applicabile). La cessazione del rapporto di lavoro per volontà delle parti può individuarsi, oltre che nei casi indicati, in tutti i casi di interruzione volontaria. La cessazione del rapporto di lavoro per causa indipendente dalla volontà delle parti può invece individuarsi nei casi di interruzione involontaria.

**CONTRIBUTI NON DEDOTTI - (ULTIMO ANNO)** – Ai sensi dell'art.1, comma 2, del D.Lgs.47/2000, entro il 30 settembre dell'anno successivo a quello in cui è stato effettuato il versamento, è necessario comunicare al Fondo Pensione l'importo dei contributi che non sono stati dedotti in sede di dichiarazione dei redditi in quanto eccedenti la quota di deducibilità prevista dalla vigente normativa. Qualora l'iscritto maturi il diritto alla prestazione prima del 30 settembre, la comunicazione deve essere resa contestualmente alla presente richiesta, indicando l'intero ammontare dei contributi non dedotti versati al Fondo Pensione che non sono già stati comunicati in precedenza (si ricorda che non devono essere indicati gli eventuali contributi versati a favore dei famigliari fiscalmente a carico).

### COORDINATE BANCARIE (compilazione e sottoscrizione a cura dell'Aderente o degli Eredi/Beneficiari)

Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. Il conto deve essere intestato o cointestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici dell'IBAN come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla banca. In caso di decesso dell'Aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

### DATI DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA (compilazione e sottoscrizione a cura del Datore di Lavoro)

**DATA CESSAZIONE:** E' la data in cui cessa l'attività lavorativa richiesta per la partecipazione al Fondo.

**ULTIMO CONTRIBUTO:** E' opportuno segnalare importo dell'ultimo versamento (inteso come somma dei contributi Datoriali, Dipendente e TFR) dovuto al Fondo Pensione e la relativa data in cui è stato/sarà versato. L'informazione non pregiudica le operazioni.



## DATI PERSONALI DEGLI EREDI/BENEFICIARI

**Riportiamo l'Art.14, comma 3, del D.Lgs.252/05: "In caso di morte dell'aderente ad una forma pensionistica complementare prima della maturazione del diritto alla prestazione pensionistica, l'intera posizione individuale maturata è riscattata dagli eredi, ovvero dai diversi beneficiari dallo stesso designati, siano essi persone fisiche o giuridiche. In mancanza di tali soggetti, la posizione resta acquisita al Fondo Pensione".**

### **DATI BENEFICIARIO** *(Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)*

IO SOTTOCRITTA/O Cognome :	Nome:
Codice Fiscale :	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data di nascita: ____/____/____
Comune di nascita :	Provincia: (_____)
Indirizzo di residenza:	n°: CAP:
Comune di residenza:	Provincia: (_____)

### **COORDINATE BANCARIE**

Banca _____	Filiale _____	Intestato a _____
<b>Codice IBAN</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Paese	Codice Controllo	CIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Il sottoscritto dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
- non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### **ALTRO BENEFICIARIO** *(Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)*

IO SOTTOCRITTA/O Cognome :	Nome:
Codice Fiscale :	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data di nascita: ____/____/____
Comune di nascita :	Provincia: (_____)
Indirizzo di residenza:	n°: CAP:
Comune di residenza:	Provincia: (_____)

### **COORDINATE BANCARIE**

Banca _____	Filiale _____	Intestato a _____
<b>Codice IBAN</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Paese	Codice Controllo	CIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Il sottoscritto dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
- non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

### **ALTRO BENEFICIARIO** *(Da compilare in tutte le parti, la residenza indicata verrà utilizzata per i conteggi fiscali e la relativa corrispondenza)*

IO SOTTOCRITTA/O Cognome :	Nome:
Codice Fiscale :	Sesso M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Data di nascita: ____/____/____
Comune di nascita :	Provincia: (_____)
Indirizzo di residenza:	n°: CAP:
Comune di residenza:	Provincia: (_____)

### **COORDINATE BANCARIE**

Banca _____	Filiale _____	Intestato a _____
<b>Codice IBAN</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Codice Paese	Codice Controllo	CIN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ABI (5 caratteri numerici)	CAB (5 caratteri numerici)	Numero Conto Corrente (12 caratteri alfanumerici)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Il sottoscritto dichiara**, ai sensi del D.P.R. 28/12/2000 n.ro 445 e successive modificazioni e sotto la propria esclusiva responsabilità, che:

- quanto dichiarato nella presente scheda corrisponde a verità.
- non vi sono altri ulteriori eredi o beneficiari rispetto a quelli indicati sulla presente scheda.

E' consapevole, altresì, delle sanzioni penali di cui all'art. 76 del predetto D.P.R., nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi.

Data compilazione \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

## ISTRUZIONI PER LA COMPILAZIONE

**COORDINATE BANCARIE:** Vanno indicate le coordinate bancarie complete del conto presso cui deve essere effettuato il bonifico. Il conto deve essere intestato o cointestato al richiedente. E' indispensabile riportare tutti i codici dell'IBAN come riportati nell'estratto conto che periodicamente si riceve dalla banca. In caso di decesso dell'Aderente i beneficiari devono comunicare le loro coordinate bancarie nel modulo per essi previsto.

**DOCUMENTAZIONE DA PRODURRE:** è sempre necessario produrre certificato di morte. Quando beneficiari sono il coniuge, o i figli o i genitori, è necessario produrre certificato di stato di famiglia attestante il rapporto di parentela con l'iscritto deceduto. Il Fondo si riserva la facoltà di richiedere, nell'ipotesi di genitore fiscalmente a carico, la documentazione attestante il relativo status. Il beneficiario prescelto dall'iscritto deve invece produrre la documentazione idonea a comprovare la propria designazione. In tutti i casi in cui beneficiario sia un minore, in assenza del genitore esercente la potestà parentale, è necessario produrre copia del provvedimento giudiziale del giudice tutelare che autorizza il tutore a esercitare il riscatto della posizione individuale dell'iscritto deceduto a favore del minore; il presente modulo è in questo caso sottoscritto dal tutore. Inoltre va sempre allegato il modulo di consenso al trattamento dei dati personali, dopo aver letto attentamente l'Informativa allegata al presente modulo.

## Dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà

La/il Sottoscritta/o \_\_\_\_\_ nata/o il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
a \_\_\_\_\_, provincia (\_\_\_\_\_)  
e residente in \_\_\_\_\_, provincia (\_\_\_\_\_)  
via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ cap \_\_\_\_\_

consapevole delle sanzioni penali richiamate dall'art. 76 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445, nel caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi

### DICHIARA

ai sensi dell'art. 47 del DPR 28 dicembre 2000, n. 445

- di essere erede unico del/la sig/ra \_\_\_\_\_  
 di essere coerede del/la sig/ra \_\_\_\_\_  
 di essere beneficiario del/la sig/ra \_\_\_\_\_

per la quota di \_\_\_\_\_, unitamente agli altri coeredi appresso indicati per i quali allega analoga dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà:

coerede sig/ra \_\_\_\_\_  
coerede sig/ra \_\_\_\_\_  
coerede sig/ra \_\_\_\_\_  
coerede sig/ra \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

# 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

- ✓ 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 DLgs; 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 e/o da soggetti esterni (compagnie di Assicurazioni, banche, SIM, Società di Gestione Dati ecc.)

## 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 Assicuratrici, 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**; I dati identificativi del Responsabile del Trattamento Dati, possono essere acquisiti presso la sede del Fondo – Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma.



**PERSEO SIRIO**

Fondo nazionale pensione complementare dei Dipendenti Pubblici e Sanità

Iscritto all'Albo tenuto dalla Covip con il n° 164 - Via degli Scialoja, 3 - 00196 Roma - numero di telefono +390685304484

www.fondoperseosirio.it - pec: protocollo@pec.perseosirio.it

Spazio riservato per il Fondo

**MOD.2 CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI (AI SENSI DELL'ART.13 D.LGS 196/2003)**

Fondo Perseo-Sirio informa che la documentazione richiesta contiene dati personali che verranno trattati, sia su supporto cartaceo, sia con l'ausilio di strumenti elettronici, ai fini della gestione della pratica. Il conferimento di tali dati è necessario alla liquidazione delle spettanze dovute, quindi il rifiuto a fornire la documentazione di cui sopra o il mancato consenso alle fasi del trattamento rendono impossibile l'espletamento di tali attività.

I dati personali possono essere comunicati:

- Alle autorità competenti per l'assolvimento degli obblighi di legge;
- A terzi per la fornitura di servizi informatici e di archiviazione.

Titolare del Trattamento dei dati è Fondo Pensione Perseo Sirio, con sede legale in via degli Scialoja, 3 00196 Roma.

All'Interessato competono tutti i diritti di cui all'Art.7 del D.Lgs.196/2003

DATI DELL' INTERESSATO (i campi con * sono obbligatori)			
Cognome	Nome		
Codice Fiscale ____/____/____	Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Data di nascita	
Comune di nascita	Provincia (_____)		
Telefono*	Cellulare*	Indirizzo e-mail*	
Indirizzo di residenza	n°	CAP	
Comune di residenza	Provincia (_____)		
Recapito per invio corrispondenza (da indicare solo se diverso da quello di residenza)			
Indirizzo di recapito	n°	CAP	
Comune di recapito	Provincia (_____)		

**Acconsentire al  
Trattamento  
dei dati**

**Non acconsentire  
al Trattamento  
dei dati**

Luogo e data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Firma dell'Interessato

\_\_\_\_\_