

PROGRAMMA DI PROTEZIONE CIMO

Il programma si compone di:

1) una **convenzione a copertura dei rischi di “Colpa Grave”** intermediata da Willis Italia S.p.A. con la Rappresentanza Generale per l'Italia del Gruppo Assicurativo Berkshire Hathaway International Insurance Limited (num. 2015-RC-G00077-640134), con le seguenti principali caratteristiche:

- Garanzia di Responsabilità Civile prestata nella forma Claims Made;
- Termine di retroattività convenuto al 31/01/2001
- Massimali di Garanzia pari a 5.000.000,00 per sinistro con l'applicazione di un massimale aggregato annuo pari a 25.000.000,00 per Ente di appartenenza e a 60.000.000,00 per Regione di appartenenza.
- La definizione di “sinistro” comprende:
 - L'azione diretta del danneggiato
 - L'azione di surrogazione esperita dall'Assicuratore dell' Azienda Sanitaria
 - L'azione di rivalsa esperita dall'Azienda Sanitaria

Il tutto a condizione che a seguito di tali eventi l'Assicurato sia stato dichiarato responsabile, anche solo parzialmente, per Colpa Grave con sentenza dell'Autorità Giudiziaria competente.

- L'assicurazione è riferita a tutte le mansioni demandate all'Assicurato nella sua qualità di dipendente, convenzionato, consulente o collaboratore di strutture pubbliche e/o a partecipazione pubblica, con la sola esclusione dei danni patrimoniali che siano originati o connessi con funzioni di carattere dirigenziale, organizzativo o amministrativo non propriamente attinenti all'attività professionale sanitaria.
- E' inclusa l'attività professionale esercitata in regime di “intraoena”

2) L' **assistenza dello Studio Legale FALETTI**, consulente nazionale CIMO dai primi anni '90, fornisce direttamente agli iscritti CIMO che aderiscono al PROGRAMMA PROTEZIONE CIMO l'assistenza professionale, stragiudiziale e giudiziale, per tutti i casi in cui, tanto in sede civile che penale, l'iscritto sia personalmente coinvolto in casi di responsabilità professionale.

L'iscritto può, perciò, designare lo studio legale predetto come proprio difensore e/o avvocato nella controversia in cui sia coinvolto, comunicando la designazione alla Azienda ASL di appartenenza e (ove esistente) al proprio assicuratore privato.

La designazione non comporta oneri (*) di alcun genere per l'iscritto che, quindi, si avvale della prestazione professionale per il solo fatto di aver aderito al PROGRAMMA PROTEZIONE CIMO.

(*) il servizio riguarda la sola attività legale per cui restano a carico dell'assistito gli oneri relativi alle consulenze Tecniche di Parte.

MODALITÀ DI ADESIONE AL PROGRAMMA DI PROTEZIONE CIMO

Per aderire è necessario:

1. Per la copertura assicurativa

- a. **Leggere** attentamente il presente fascicolo
- b. **Compilare, datare e sottoscrivere** lo stesso nei punti indicati dalle frecce
- c. **Inviare** a Willis Italia S.p.A., intermediario assicurativo delle polizze, i moduli di adesione debitamente compilati e firmati prestando attenzione al fatto che occorrono complessivamente **sette firme** (nove se si compila il Modulo Raccolta Informazioni Sinistro RC Professionale riportato a pagina 4),

A questo fine è possibile utilizzare

- la casella e-mail: IT_colpgrave@willis.com
- il numero di fax: **011 244 35 00**
- la posta ordinaria: Willis Italia SpA - Affinity Group
Via Tortona, 33 20144 Milano

- d. **Attendere indicazioni** in merito al pagamento del premio

ATTENZIONE: (il pagamento del servizio di tutela legale dello Studio Faletti va effettuato immediatamente)

Nel caso in cui, l'assicurando dichiara di essere a conoscenza di fatti suscettibili di poter cagionare un sinistro, è tenuto ad elencarli nel prospetto riportato più avanti.

In questo caso gli **Assicuratori si riservano di non accettare la richiesta di adesione o di accettarla a condizioni speciali che saranno comunicate all'Assicurando entro 45 giorni dalla ricezione del Modulo di Adesione**. In caso di mancata accettazione del rischio da parte degli Assicuratori, sarà data specifica comunicazione all'assicurando.

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti, l'assicurando ha a disposizione ulteriori 30 giorni per manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli Assicuratori attraverso il pagamento del premio, o il proprio diniego all'adesione.

2. Per il servizio di assistenza legale

- a. **Compilare** il modulo dedicato
- b. **Inviare** modulo di adesione utilizzando: il fax **011 244 35 00** oppure la casella email IT_colpgrave@willis.com
- c. Seguire le istruzioni per il pagamento del corrispettivo del servizio indicate nel modulo stesso.

ATTENZIONE: (per il pagamento del premio di polizza attendere le istruzioni che seguiranno a breve)

Per informazioni sulla Convenzione Assicurativa:

è possibile contattare il numero verde **800 915 065** di Willis Italia S.p.A. oppure la casella email IT_colpgrave@willis.com

Per informazioni sul servizio di assistenza legale:

si prega di contattare lo **Studio Legale Faletti, Corso Vinzaglio n. 2, Torino, Tel. 011 5613633 – Fax 011 5628901 email: info@studiolegalefaletti.it**

“ALLEGATO A” - “MODULO DI ADESIONE”

Il / la sottoscritto/a			
Nato/a a		il	
Residente in		via/piazza	n
Codice fiscale			
Indirizzo e:mail		@	Telefono
Occupato in qualità di		In quiescenza <input type="checkbox"/>	
Presso l'Azienda		Il premio da corrispondere è quello relativo alla ultima mansione	
		N° Iscrizione CIMO	

ADERISCE ALLA COPERTURA DELLA RESPONSABILITA' CIVILE
 “COLPA GRAVE” n. 2015-RC-G00077-640134

con decorrenza dalle ore 24 del / / e scadenza al **31/12/2015**.

Tabella relativa al premio alla firma, massimale per sinistro e per anno Euro 5.000.000,00

Si prega di barrare con una “X” la casella corrispondente alla categoria di appartenenza e al mese di adesione

Le istruzioni per il pagamento del premio relativo saranno inviate a mezzo email salvo diversa indicazione dell'assicurato, una volta processato il modulo di adesione.

Categoria di appartenenza	Gen- Feb	Mar	Apr	Mag	Giu	Lug	Ago	Set	Ott	Nov	Dic
-Dirigente Medico o Veterinario	482,00	401,67	361,50	321,33	281,17	241,00	200,83	160,67	120,50	80,33	40,17
-Medici convenzionati -Medici contrattisti	393,00	327,50	294,75	262,00	229,25	196,50	163,75	131,00	98,25	65,50	32,75
-Medici specialisti in formazione	336,00	280,00	252,00	224,00	196,00	168,00	140,00	112,00	84,00	56,00	28,00
-Direttore generale -Direttore amministrativo -Dirigente sanitario e sociale -Membro del Comitato Etico	169,00	140,83	126,75	112,67	98,58	84,50	70,42	56,33	42,25	28,17	14,08

IL SOTTOSCRITTO A TAL FINE DICHIARA E PRENDE ATTO CHE:

- (1) Le condizioni contrattuali, normative ed economiche ed i limiti di responsabilità dell'assicurazione sono quelli previsti dalla Polizza Collettiva N° 2015RCG00077-640134 stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia che il sottoscritto ha ricevuto in copia prima dell'adesione;
- (2) L'operatività temporale dell'Assicurazione è regolata dall'Articolo 1 della Polizza, secondo la formulazione denominata “Claims Made”. La garanzia vale per i sinistri denunciati dall'Assicurato agli Assicuratori nel corso del Periodo di Assicurazione indicato in polizza;
- (3) Non è a conoscenza di fatti, notizie, circostanze o situazioni che potrebbero determinare richieste di risarcimento da parte di terzi coperti dalla presente polizza in dipendenza dell'attività esercitata dall'Assicurato stesso con riferimento ad atti o fatti posti in essere anteriormente alla data di effetto di questa assicurazione e che si siano concretizzati con notifica certa e/o con richiesta di risarcimento da parte di terzi e/o da parte dell'Azienda di appartenenza e/o con invito a dedurre da parte della Corte dei Conti.


Data: _____ Firma: _____  **in alternativa si prega di fornire dettagli utilizzando la pagina seguente**

Ai sensi e per gli effetti degli Artt. 1341 e 1342 del Codice Civile il Sottoscritto dichiara di approvare specificatamente le disposizioni delle seguenti norme e condizioni:

- Applicazione delle condizioni normative, economiche e dei limiti di risarcimento previsti dalla Polizza Collettiva N° 2015RCG00077-640134 stipulata con la Compagnia di Assicurazione Berkshire Hathaway International Insurance Limited, Rappresentanza Generale per l'Italia;
- Formulazione temporale dell'assicurazione “Claims Made”;
- Esclusione di fatti e circostanze pregresse, noti al Sottoscritto alla data di inizio della presente Assicurazione.

Data: _____ Firma: _____ 

Il Sottoscritto prende atto di quanto previsto dal Decreto Legislativo 196/03 “Codice in Materia di Protezione dei Dati Personali” ed acconsente, ai sensi della predetta normativa, al trattamento dei dati personali.

Data: _____ Firma: _____ 

Modulo Raccolta Informazioni Sinistro RC Professionale - Personale Sanitario


ATTENZIONE:

Nel caso in cui, l'assicurando dichiari di essere a conoscenza di fatti suscettibili di poter cagionare un sinistro, è tenuto ad elencarli nel prospetto riportato più avanti.


In questo caso gli **Assicuratori si riservano di non accettare la richiesta di adesione o di accettarla a condizioni speciali che saranno comunicate all'Assicurando entro 45 giorni dalla ricezione del Modulo di Adesione**. In caso di mancata accettazione del rischio da parte degli Assicuratori, sarà data specifica comunicazione all'assicurando.

In caso di accettazione da parte degli Assicuratori a condizioni differenti, l'assicurando ha a disposizione ulteriori 30 giorni per manifestare il proprio assenso alle diverse condizioni proposte dagli Assicuratori attraverso il pagamento del premio, o il proprio diniego all'adesione.

Se gli eventi da riferire sono più di due si prega di fare una copia del presente modulo.

Data:	Firma: 
-------	---

(1) Data dell'evento	(2) Data dell'evento
Tipo di operazione/prestazione/cura prestata	Tipo di operazione/prestazione/cura prestata
Nome del reclamante	Nome del reclamante
Procedimento <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Penale <input type="checkbox"/> Corte dei Conti <input type="checkbox"/> Altro	Procedimento <input type="checkbox"/> Civile <input type="checkbox"/> Penale <input type="checkbox"/> Corte dei Conti <input type="checkbox"/> Altro
Dettagli in merito all'evento	Dettagli in merito all'evento

Data:	Firma: 
-------	--

SISTEMA DI PROTEZIONE PROFESSIONALE CIMO
Modulo di adesione - SERVIZIO ASSISTENZA LEGALE - Studio Legale FALETTI

Cognome e nome:		
Indirizzo:		
Codice Fiscale:		
CAP:	Località:	Prov.:
Tel.	Indirizzo e-mail:	Fax:
iscritto CIMO al n.		
Presso la Segreteria ASL n.	Di	
Inquadrato come dirigente medico con incarico professionale di		
Presso la UOC di		
Specialista in		
Dati ASL /AO presso cui si presta l'attività: N°:		
Di	Con sede in (comune)	
Indirizzo		

Per l'attivazione del servizio mi impegno a bonificare la somma di **139,57 € sul seguente conto:**

IT 39 I 03032 01003 010000011232

Intestato a Studio Legale Faletti assoc. prof/Protezione CIMO

Si prega di indicare la seguente causale:

Nome e Cognome del medico assicurato + "Servizio legale CIMO 2015"

Lo scrivente sopra indicato

DICHIARA

di aderire al servizio di assistenza legale, che sarà attivo dal giorno del pagamento oppure dal giorno di sottoscrizione del presente modulo di Adesione se successivo.

L'Adesione comporta:

- la possibilità di richiedere un contatto telefonico (all'utenza n. 333/8333104) o via web (all'indirizzo di posta elettronica: protezionecimo@cimoasmd.it) per rivolgere quesiti relativi a questioni di responsabilità professionale concernenti l'attività sopra dichiarata per i quali consegue una risposta telefonica negli stretti tempi tecnici necessari ovvero una risposta scritta a mezzo mail entro 24 ore dalla formulazione e invio del quesito
- la possibilità di fruire di assistenza legale professionale, stragiudiziale e giudiziale, civile e penale, in ogni fase e grado della controversia per i casi in cui sia coinvolta la propria responsabilità professionale nell'esercizio dell'attività descritta in premessa, fornita dallo **Studio Legale Faletti, Corso Vinzaglio n. 2, Torino, Tel. 011 5613633 – Fax 011 5628901 e-mail: info@studiolegalefaletti.it.**
- Gli oneri relativi alle Consulenze Tecniche di Parte rimangono a carico dello scrivente

A quest'ultimo fine, nel caso di attivazione di quel servizio, il sottoscritto si obbliga:

- a dare immediata comunicazione allo studio legale della avvenuta designazione, fornendo al contempo ogni utile elemento di conoscenza del fatto, la relativa documentazione disponibile, la delega difensiva o la nomina quale difensore, gli estremi identificativi di eventuali polizze assicurative nella materia della responsabilità civile professionale stipulate dall'Azienda ASL di appartenenza ovvero direttamente dal sottoscritto
- a dare immediata comunicazione all'Azienda ASL di appartenenza e all'assicuratore dell'Azienda e/o proprio dell'avvenuta designazione, anche ai fini di cui agli artt. 25 CCNL 8/6/2000 e 1917 cc
- a prestare al legale così designato la massima collaborazione per lo svolgimento qualificato delle prestazioni professionali necessarie alla tutela dei propri interessi.

Le parti prendono inoltre atto che, salvo rinnovi, l'assistenza legale è prestata per un periodo di un anno a far data dalla data di adesione alla polizza "Colpa Grave" che forma parte inscindibile del presente Programma .

Data	Firma
Per espressa autorizzazione al trattamento dei propri dati personali al limitato fine delle necessarie annotazioni nel Programma Protezione CIMO e per l'attività di assistenza legale sopra esposta.	Firma

INFORMATIVA RESA ALL'INTERESSATO AI SENSI DEL CODICE SULLA PRIVACY

Ai sensi dell'art. 13 del D.Lgs. n. 196 del 2003 (di seguito denominato Codice), ed in relazione ai dati personali che Vi riguardano e che formeranno oggetto di trattamento, Vi informiamo di quanto segue:

1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento a cui saranno sottoposti i dati personali richiesti o acquisiti tramite terzi:

- a) è diretto all'adempimento degli obblighi imposti dalla legge, dai regolamenti e dai provvedimenti dell'autorità di vigilanza in relazione all'esercizio dell'attività di brokeraggio e, più in generale, alla gestione corrente della Società. Il Vostro consenso al trattamento dei dati per tali finalità di legge non è necessario ai sensi dell'art. 24, lett. a) del Codice;
- b) è diretto esclusivamente all'espletamento dell'attività di intermediazione assicurativa (brokeraggio) di cui al D. Lgs. 209 del 7/9/2005, consistente nel reperimento, nel Vostro interesse ed a seguito di Vostro incarico scritto o verbale, presso imprese di assicurazione o riassicurazione di idonee coperture dei rischi, nell'assistenza in ordine alla determinazione del contenuto dei relativi contratti e delle relative polizze, nonché nella successiva gestione, esecuzione dei rapporti, ivi inclusa la gestione degli eventuali sinistri. Il Vostro consenso al trattamento dei dati per le descritte finalità contrattuali non è necessario ai sensi dell'art. 24, lett. b) del Codice;
- c) può anche essere diretto all'espletamento da parte della Società delle finalità di informazione e promozione commerciale, con finalità di marketing operativo e strategico, ed a scopi di statistica e di ricerca scientifica. Il Vostro consenso al trattamento dei dati per dette finalità commerciali è facoltativo.

In relazione a specifiche operazioni o prodotti richiesti dal Cliente il trattamento potrebbe anche riguardare dati personali rientranti nel novero dei dati "sensibili" per il cui trattamento la legge richiede il Vostro specifico consenso, che è tuttavia obbligatorio al fine della gestione del rapporto contrattuale con la Società. Il trattamento dei Vostri dati sensibili per le finalità contrattuali e di legge è stato oggetto di autorizzazione generale da parte del Garante per la protezione dei dati personali.

2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Il trattamento dei dati viene effettuato secondo le modalità previste dall'art. 11, comma 1 del Codice;

- a) è realizzato per mezzo delle operazioni o complessi di operazioni indicate all'art.4, comma1, lett. a), del Codice;
- b) è effettuato anche con l'ausilio di mezzi elettronici o comunque automatizzati;
- c) è svolto direttamente dall'organizzazione del Titolare e da soggetti terzi per la fornitura di servizi informatici o di servizi di archiviazione. A tal riguardo, Vi informiamo che l'attività di gestione dei sistemi di Information Technology e dei database di Willis Italia sarà effettuata a livello di gruppo Willis dalla società Willis North America Inc. con sede in Nashville, che si occuperà, tra l'altro, dei servizi di data hosting, IT security systems, electronic mail services, back-up e archiviazione. Inoltre, Willis North America Inc. potrà fornire assistenza a Willis Italia S.p.A. ovvero alle altre società del gruppo Willis in relazione ad alcune attività connesse e strumentali alle finalità per cui i dati personali sono stati raccolti e successivamente trattati dal Titolare. In conformità all'art. 44, lett. b) del Codice, Willis Italia ha stipulato con Willis North America Inc. le cd. "*clausole contrattuali standard*" per il trasferimento dei dati fuori dall'Unione Europea, ai sensi della Decisione n. 2010/87/EU della Commissione Europea, fatta propria dal Garante per la protezione dei dati personali con autorizzazione generale del 27.5.2010. Copia delle clausole contrattuali standard potrà essere rilasciata dalla Società su richiesta dell'interessato.

3. NATURA DEL CONFERIMENTO DEI DATI

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

- a) obbligatorio in base alla legge, regolamento o normativa comunitaria (ad esempio, la normativa in materia di antiriciclaggio e antifrode) relativamente alle finalità di cui al punto 1, lett. a);
- b) strettamente necessario alla conclusione di nuovi rapporti o alla gestione ed esecuzione dei rapporti giuridici in essere o alla gestione e liquidazione dei sinistri relativamente alle finalità di cui al punto 1, lett. b);
- c) facoltativo ai fini dello svolgimento dell'attività di informazione e di promozione commerciale nei confronti dell'interessato stesso relativamente alle finalità di cui al punto 1, lett. c).

4. CONSEGUENZE DELL'EVENTUALE RIFIUTO DI CONFERIRE I DATI

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

- a) nei casi di cui al punto 3, lett. a) e b), comporta l'impossibilità di svolgere l'attività di intermediazione assicurativa (brokeraggio) compresa la successiva gestione, esecuzione dei rapporti, ivi inclusa la gestione degli eventuali sinistri;
- b) nel caso di cui al punto 3, lett. c), non comporta alcuna conseguenza sui rapporti giuridici in essere ovvero in corso di costituzione, ma preclude la possibilità di svolgere attività di informazione e di promozione commerciale nei confronti dell'interessato.

5. COMUNICAZIONE DEI DATI

a) I dati personali possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1, lett. a) e b) - o per essere sottoposti a trattamenti aventi le medesime finalità o obbligatori per legge - agli altri soggetti del settore assicurativo, quali a titolo esemplificativo e non esaustivo assicuratori, coassicuratori e riassicuratori; agenti, altri canali di acquisizione di contratti di assicurazione (ad esempio, banche e SIM); società facenti parte del Gruppo Willis, legali, periti; pubbliche amministrazioni, società di servizi informatici o di archiviazione; organismi associativi (AIBA) e consortili propri del settore assicurativo; ISVAP, Ministero dell'Industria, del Commercio e dell'Artigianato, Banca d'Italia, UIF, Commissione di Vigilanza sui fondi pensione, Ministero del Lavoro e della Previdenza Sociale ed altre banche dati nei confronti delle quali la comunicazione dei dati è obbligatoria (ad esempio, ISVAP e UIF);

b) inoltre i dati personali possono essere comunicati, per le finalità di cui al punto 1, lett. c), a società del gruppo di appartenenza (società controllanti, controllate e collegate, anche indirettamente, ai sensi delle vigenti disposizioni di legge) anche con sede all'estero e fuori dall'Unione Europea, nonché a pubbliche amministrazioni ai sensi di legge, nonché a terzi per la fornitura di servizi informatici o di

archiviazione, nonché ai soggetti contraenti delle rispettive "convenzioni" e/o associazioni/società scientifiche ad essi aderenti per finalità di promozione presso i rispettivi associati delle coperture in oggetto e di analisi statistiche in merito all'andamento dei sinistri

In ogni caso, i dati personali saranno trasferiti nel rispetto delle "clausole contrattuali standard" alla società Willis North America Inc, con sede in Nashville per la gestione dei servizi di Information Technology meglio descritti al punto 2).

6. DIFFUSIONE DEI DATI

I dati personali non sono soggetti a diffusione per finalità diverse da quelle indicate nella presente informativa.

7. TRASFERIMENTO DEI DATI ALL'ESTERO

I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi rispetto all'Unione Europea, in conformità con quanto disposto dagli artt. 42 e 43 del Codice nonché con quanto previsto all'interno delle clausole contrattuali standard stipulate con la società del Willis North America Inc..

8. DIRITTI DELL'INTERESSATO

L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quelli di ottenere dal Titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; 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 di legge, nonché l'aggiornamento, la rettificazione o, se vi è interesse, l'integrazione dei dati; di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento stesso.

9. TITOLARE E RESPONSABILE DEL TRATTAMENTO DEI DATI

Titolare, ex art. 28 del Codice, del trattamento è Willis Italia S.p.A., nella persona del Suo Legale Rappresentante pro-tempore, con sede in Via Tortona, 33 - 20144 Milano.


Responsabile designato per il riscontro all'interessato in caso di esercizio dei diritti di cui all'art.7 del Codice, è l'Ufficio Compliance con sede in Via Tortona, 33, 20144 Milano – Italia - telefono n. +39 02 477 87 503 – fax n. +39 02 477 87 497, a cui potrà essere richiesta ogni informazione in merito all'individuazione degli altri Responsabili del trattamento, dei soggetti cui vengono comunicati i dati e di coloro che operano per conto del Titolare (Responsabili ed Incaricati).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI

Preso atto dell'informativa di cui sopra e di tutto quanto stabilito dal Codice:

1) ACCONSENTO / IAMO

- al trattamento dei dati personali "sensibili" che mi/ci riguardano, funzionale al rapporto giuridico da concludere o in essere con la Società di brokeraggio;
- alla comunicazione, ove necessario, dei dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. a), della predetta informativa, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 1, lett. a) e b), della medesima informativa o obbligatori per legge;
- al trasferimento dei dati personali, anche di natura sensibile, all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa (Paesi UE e Paesi extra UE).

Firma per presa visione dell'Informativa e per il rilascio del consenso al trattamento indicato al punto (1)	Luogo e data
	

2) ACCONSENTO / IAMO NON ACCONSENTO / IAMO

Barrare con X la casella prescelta, in caso di mancata scelta da parte dell'interessato il consenso NON si intenderà prestato.

- al trattamento dei dati personali comuni, che mi/ci riguardano per finalità di informazione e promozione commerciale;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5, lett. b), della predetta informativa, per finalità di informazione e promozione commerciale;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero come indicato al punto 7 della predetta informativa per finalità di informazione e promozione commerciale (Paesi UE e Paesi extra UE).

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

Firma per presa visione dell'Informativa e per conferma di quanto indicato al punto (2)	Luogo e data
