



CONSORZIO FIDI SANITARIO _____

Domanda di ammissione a socio

**AL CONSIGLIO DI AMMINISTRAZIONE DI
CO.FI.SAN. Soc. Coop. per Azioni
Via Gabriele D'Annunzio, 33 – CATANIA**

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a il _____
a _____ () e residente in _____
via/piazza _____
codice fiscale _____ partita IVA _____
e-mail _____
in qualità di rappresentante legale e/o amministratore della
società _____

Ricevuta l'informativa sul trattamento dei dati personali, ai sensi del Regolamento UE 679/2016, nonché ai sensi del D.Lgs.196/2003 così come modificato dal D.Lgs.101/2018, l'Interessato consente al loro trattamento nella misura necessaria per il conseguimento degli scopi statuari, per lo svolgimento dell'attività istituzionale e per la gestione del rapporto associativo, dichiarando a tal fine di aver preso visione e di aver accettato il contenuto dello statuto e il regolamento della società.

Il trattamento delle informazioni che riguardano l'Interessato sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della sua riservatezza e dei suoi diritti.

L'ammissione a socio richiede il pagamento di una somma, versata *una tantum*, di **€.750,00*** (settecentocinquanta/00) (di cui **€.500,00*** per la quota sociale e **€.250,00*** quale quota da versare al Fondo Rischi) il cui bonifico dovrà avvenire sul c.c. bancario intestato a CO.FI.SAN., n. IT 64B0200816918000300638794.

I dati forniti dall'Interessato verranno trattati in particolare per:

1. fornire l'accesso a tutte le agevolazioni con gli istituti di credito con cui il CO.FI.SAN. ha delle convenzioni;

Garanzia collettiva dei fidi _____



CONSORZIO FIDI SANITARIO

2. fornire la gestione della pratica relativa al rimborso dei contributi in conto interesse sulla base di quanto disposto dalla normativa regionale L.R. 21/09/2005 n.11 e successive modifiche intervenute;
3. fornire una informazione sulle attività associative;
4. la corrispondenza;
5. la convocazione alle assemblee dei soci;
6. l'adempimento degli obblighi di legge;
7. invio degli inviti alle attività e agli eventi organizzati da CO.FI.SAN. contenenti le informazioni specifiche di ciascuno.

Il trattamento dei dati avrà luogo presso la sede di CO.FI.SAN. – Società Cooperativa per Azioni, in Catania alla Via Gabriele D'Annunzio n.33 CAP 95128, sarà effettuato attraverso modalità cartacee e/o informatizzate ed espletato dal Responsabile del trattamento dei dati.

Il conferimento dei dati relativi a nome, cognome, indirizzo, e-mail, telefono, codice fiscale, documento di identità è obbligatorio per la gestione del rapporto associativo e per l'adempimento degli obblighi di legge, nonché per offrire all'interessato il servizio richiesto.

Al momento della cessazione del rapporto associativo, i dati saranno conservati nell'archivio costituito da cassettera con chiavi presso la sede legale del CO.FI.SAN. per una durata di 5 anni dopo tale cessazione verranno distrutti.

CHIEDE

di essere ammesso, dopo aver preso visione dello statuto sociale e del regolamento interno, quale socio/socia di CO.FI.SAN. – Consorzio Fidi Sanitario – Società Cooperativa per Azioni, attenendosi a pagare la quota sociale determinata.

Luogo e data, _____

Firma _____

Il Titolare del trattamento dei dati

CO.FI.SAN. - Consorzio Fidi Sanitario - Società Cooperativa per Azioni

Garanzia collettiva dei fidi
