

Modulo di rinuncia al Piano Sanitario Plus e/o al Nucleo Familiare

Modulo per la modifica da Nucleo 2 a Nucleo 1

Ai sensi dello Statuto e del Regolamento di FasG&P e secondo le previsioni del CCNL per gli addetti all'industria della gomma cavi elettrici ed affini e all'industria delle materie plastiche del 18 marzo 2010 e successivi rinnovi e dell'Accordo Istitutivo dell'8 gennaio 2014.

N.B. Il presente modulo deve essere compilato e sottoscritto dal lavoratore, e da questi consegnato al datore di lavoro entro la scadenza del 30/09 perché abbia efficacia dal 01/01 dell'anno successivo. Il datore di lavoro, ricevuto il modulo, comunica senza ritardo al FasG&P, seguendo le istruzioni presenti sul sito web del Fondo, la circostanza che il lavoratore intende rinunciare volontariamente all'adesione del proprio nucleo familiare o a disdettare il piano Plus. Il datore di lavoro è tenuto a conservare il presente modulo e a metterlo a disposizione del Fondo su semplice richiesta di quest'ultimo.

IO SOTTOSCRITTO/A

Cognome	
Nome	
Codice fiscale	
Indirizzo e-mail	
Azienda di appartenenza (Datore di lavoro)	

DICHIARO DI VOLER RINUNCIARE al Piano Sanitario Plus, e **REVOCO**, a decorrere dal prossimo 30 settembre, l'autorizzazione al mio datore di lavoro a trattenere dagli emolumenti il corrispondente importo del contributo mensile a mio carico.

DICHIARO DI VOLER RINUNCIARE all'adesione dell'intero nucleo familiare, e **REVOCO**, a decorrere dal prossimo 30 settembre, l'autorizzazione al mio datore di lavoro a trattenere dagli emolumenti il corrispondente importo del contributo mensile a mio carico.

È possibile rinunciare volontariamente sia al Piano Sanitario Plus sia all'adesione del nucleo familiare, oppure ad uno solo di questi. Se, invece, non si intende rinunciare a nessuno dei due, NON selezionare nessuna delle caselle a sinistra.

CHIEDO DI MODIFICARE IL MIO PROFILO RELATIVO ALL'ADESIONE DEL NUCLEO FAMILIARE DA "NUCLEO 2" A "NUCLEO 1" e **AUTORIZZO** il mio datore di lavoro, a partire dal 30 settembre, a trattenere dagli emolumenti l'importo del contributo mensile di 15€ invece che di 22€.

Se si seleziona la casella a sinistra, non è possibile rinunciare contemporaneamente all'adesione dell'intero nucleo familiare.

In caso di modifica del profilo relativo all'adesione del nucleo familiare **sono consapevole che è mio onere comunicare nuovamente al Fondo il nominativo del familiare che intendo mantenere iscritto al Fondo**, seguendo le istruzioni presenti sul sito web del Fondo, e che in assenza di tale mia comunicazione, questi non potrà essere mantenuto in copertura, fatto salvo il pagamento dei contributi che sarà comunque dovuto.

CHIEDO INOLTRE

al mio datore di lavoro, di comunicare al Fondo la/e suddetta/e scelta/e, secondo le modalità previste dal Regolamento del Fondo e seguendo le istruzioni presenti sul sito web del Fondo, a far data dalla prima scadenza utile.

Privacy – Informazioni sul trattamento dei dati personali

FasG&P tratta i dati raccolti con il presente modulo, in qualità di titolare del trattamento, per dare seguito alle richieste del lavoratore e per consentire la disdetta (rinuncia) dal Piano Sanitario Plus e/o dall'adesione al nucleo familiare, o ancora per poter procedere con la modifica del nucleo familiare, nonché per svolgere tutte le attività connesse alla gestione del rapporto con l'iscritto, conformemente al proprio Statuto e al proprio Regolamento.

L'indirizzo e-mail è necessario principalmente per: **i)** dare accesso al lavoratore ad una propria area riservata, tramite la quale il lavoratore potrà comunicare i dati dei propri familiari che intende iscrivere (o mantenere iscritti) al Fondo e fare altre operazioni; **ii)** consentire al lavoratore di ricevere e-mail dal contenuto informativo sull'attività del Fondo e sulle prestazioni. Al momento, non è obbligatorio comunicare l'indirizzo e-mail, il Fondo garantisce modalità alternative per comunicare i dati dei familiari.

L'interessato può chiedere di accedere ai suoi dati ed esercitare gli altri diritti previsti dal GDPR scrivendo a privacy@fasgep.it o contattando il DPO a dpo@rbtlegal.it. Per altre informazioni sul trattamento dei dati personali da parte di FasG&P, si rinvia all'informativa privacy allegata resa disponibile sul sito web del Fondo, nella sezione "DOCUMENTI E PRESENTAZIONI".

Luogo e data _____, ___/___/____

Firma leggibile del lavoratore _____