



Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. A.P.S.

MODULO ADESIONE SOCI SPORTELLO DELLA LEGALITA ' C.S.IN. A.P.S.	
Nome	Cognome
Sesso	Nazionalità
Intestatario Ricevuta (società o persona fisica)	
Indirizzo: via, CAP, Prov.	
Telefono	Email:
Partita IVA/C.F.	
Documento:	Numero:
Data rilascio: Data scadenza:	comune:
Iscrizione soci (quote annuali)	Socio ordinario [] €35,00
	Socio Sostenitore [] €50,00
Donazione importo in euro (facoltativa)	€._____,00

Il sottoscritto/a _____ presa visione dello statuto dell'Associazione C.S.IN. A.P.S., aderisce allo scopo statutario, alle finalità in esso contenute.

Roma, lì _____
(data)

Letto, approvato e sottoscritto

(firma leggibile del socio aderente)

Dati per Bonifico: Monte dei Paschi, **IBAN:** IT07Y0103003281000001838264, **beneficiario:** C.S.IN. ONLUS, **causale:** quota annuale iscrizione. È possibile effettuare l'iscrizione dal sito www.csinaps.org cliccando sul tasto donazione collegato al conto paypal del Centro Servizi Interdisciplinare e inviando direttamente l'importo all'e-mail paypal ufficiopresidenzacsinonlus@gmail.com

Invio telematico: *spedire la domanda per fax al 06233219818 con fotocopia del documento e codice fiscale.*

BENEFICI FISCALI

Privati: dedurre l'erogazione in denaro o in natura per un importo non superiore al 10% del reddito complessivo dichiarato, nella misura massima di 70.000,00 euro annui (art. 14, comma 1 del D. L. 35/05 convertito nella Legge n. 80 del 14/05/2005); in alternativa, detrarre dall'imposta lorda il 19% dell'erogazione fino ad un massimo di euro 2.065,83 (art. 15, comma 1 lettera i-bis del D.P.R. 917/86).

Aziende: dedurre l'erogazione in denaro o in natura per un importo non superiore al 10% del reddito d'impresa dichiarato, nella misura massima di 70.000,00 euro annui (art. 14, comma 1 del D. L. 35/05 convertito nella Legge n. 80 del 14/05/2005); in alternativa, dedurre l'erogazione, per un importo non superiore a euro 2.065,83 o al 2% del reddito d'impresa dichiarato (art. 100, comma 2 lettera h del D.P.R. 917/86).

Importante: Per usufruire delle agevolazioni fiscali è necessario conservare l'attestazione della donazione (la ricevuta del bollettino postale, la contabile bancaria e l'estratto conto bancario); non beneficiano delle agevolazioni fiscali le erogazioni liberali effettuate in contanti; ricordarsi sempre di specificare i propri dati se si desidera avere la ricevuta di donazione dell'Associazione



Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. A.P.S.

**DELEGA PER RISOLUZIONE STRAGIUDIZIALE VERTENZA
ALLO SPORTELLO NAZIONALE DELLA LEGALITA' PER UTENTI E
CONSUMATORI C.S.IN. A.P.S.**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A ASSOCIATA/O AL C.S.IN. A.P.S.	
Nome e Cognome	
Data e luogo di nascita	
CODICE FISCALE	
Sesso	
Nazionalità	
Residenza: via, CAP, Prov.	
Telefono	
Email:	
Documento:	Numero:

DELEGA

Il Presidente Nazionale C.S.IN. Onlus, Dott. Raffaele Ferraresso, a transigere, quietanzare e trattare con la **Società/Ente/Azienda** _____, o ad altre società che dovessero succedersi, per la risoluzione transattiva, ed in via bonaria della vertenza con facoltà di inviare raccomandate e-mail in nome e per conto mio al fine di risolverla anche inviando atti di significazione e diffida. Il Dott. Raffaele Ferraresso avrà facoltà, per mia espressa richiesta ed avallo, di farsi assistere e sostituire anche dai legali dell'Ufficio Legale del C.S.IN. A.P.S., qualora ciò fosse necessario.

Per tutto quanto ciò premesso,

AUTORIZZA

il Presidente Nazionale del C.S.IN. A.P.S., a richiedere alla **Società/Ente/Azienda** _____, o ad altre società che dovessero succedersi, copia di tutta la documentazione necessaria per addivenire alla soluzione della



Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. A.P.S.

problematica prospettata allo Sportello Nazionale della Legalità per Utenti e Consumatori del C.S.IN. A.P.S., di cui fossero in possesso, al fine di verificare i margini per una chiusura IN VIA BONARIA. Si allega alla presente fotocopia dei documenti del delegante e del delegato.

Luogo e data

Delegante

Sig.re/Sig.ra _____

Delegato
Dott. Raffaele Ferraresso
Presidente Nazionale C.S.IN. A.P.S.



Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. A.P.S.

INFORMATIVA D. LGS. N. 196/2003 (CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI E SENSIBILI), INTEGRATA CON IL REGOLAMENTO UE 27.04.2016, N.2016/679 (REGOLAMENTO GENERALE SULLA PROTEZIONE DEI DATI), PER IL CONFERIMENTO DATI SENSIBILI E PERSONALI AL C.S.IN. A.P.S.

Ai sensi del **D. Lgs. n. 196/2003** (Codice in materia di protezione dei dati personali e sensibili) e del **Regolamento UE 27.04.2016, n.2016/679** (Regolamento Generale Sulla Protezione dei Dati), La informiamo di quanto segue:

- I Suoi dati personali e sensibili verranno trattati esclusivamente dall'Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. A.P.S. (di seguito C.S.IN. A.P.S.) e dai professionisti che con la medesima collaborano esclusivamente per la richiesta di aiuto sottoposta ai nostri sportelli**, per fini di studio ed esame preliminare della documentazione e per l'instaurazione di eventuali procedimenti in sede civile, penale od amministrativa;
- il **Responsabile della Protezione dei Dati**, nonché **garante della corretta utilizzazione ed eventuale distruzione** ai sensi del Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati), è il **Presidente Nazionale del C.S.IN. A.P.S., il dott. Raffaele Ferraresso**, e la sede in cui verranno trattati è la **sede legale del C.S.IN. A.P.S., Via Carlo Giuseppe Bertero n.31 – 00156 Roma, Numero Verde 800146563**. **Corresponsabili per la gestione della documentazione e dati sensibili e personali conferiti** sono l'**Ufficio di Presidenza del C.S.IN. A.P.S.**, l'**Ufficio Legale del C.S.IN. A.P.S.** ed il nostro **staff medico e legale**.
- La modalità con cui verranno trattati i suoi dati sensibili e personali**, nonché la documentazione prodotta: Avverrà con elaborazioni automatizzate e con database cui avranno accesso esclusivamente il personale con qualifica professionale idonea e certificata da iscrizione ad albi, elenchi o con certificazioni rilasciate da autorità nazionale e/o internazionale del C.S.IN. A.P.S.;
- La durata del trattamento dei suoi dati personali e sensibili** sarà **limitata alle necessità proprie della sua richiesta** e, in ogni caso, **non superiore ai 6 mesi**. Decorso tale termine, ove non sia risolta la problematica per la quale ha contattato il C.S.IN. A.P.S., le sarà richiesto di confermare il suo consenso per ulteriori sei mesi. Una volta risolta la problematica per la quale ha contattato il C.S.IN. A.P.S., la documentazione da lei prodotta, se in formato cartaceo (in caso contrario sarà eliminata dai PC della A.P.S. con prova della distruzione), le sarà riconsegnata senza alcun onere per lei, ed i suoi dati sensibili e personali non saranno più utilizzabili ai sensi del Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati);
- Il conferimento dei Suoi dati è obbligatorio, libero, specifico, informato e inequivocabile** e non è ammesso il consenso tacito o presunto, per consentire l'autorizzazione ad esaminare la documentazione legale (o sanitaria, amministrativa, fiscale e contabile) in suo possesso ed, eventualmente, nel caso di suo interesse ad accedere all'assistenza medico legale fornita dal C.S.IN. A.P.S., per effettuare ricerche, terapie, esami diagnostici, sperimentazione cura e riconoscimento di eventuali patologie di cui Ella può essere affetto. A lei è garantito, in ogni momento, **il diritto di portabilità dei suoi dati sensibili e personali ai sensi ed agli effetti del Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati)**
- Non è prevista la comunicazione né la diffusione dei Suoi dati a società terze**, salvo quanto attiene alla realizzazione di iniziative scientifiche, seminari, convegni o dibattiti inerenti statistiche su determinati casi e nel caso di eventuali patologie rare e sempre che Ella acconsenta: in tal caso detti dati potranno essere comunicati e diffusi nell'ambito di amministrazioni pubbliche, enti, associazioni e altri organismi potenzialmente interessati omettendo i suoi dati sensibili e personali;
- La manifestazione del suo consenso** deve essere **resa attraverso un'azione e/o dichiarazione inequivocabile** ai sensi del Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati);
- Il consenso dei minori è valido a partire dai 16 anni (il limite di età può essere abbassato fino a 13 anni dalla normativa nazionale)**; prima di tale età occorre raccogliere il consenso dei genitori o di chi ne fa le veci Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati);
- L'oggetto dell'autorizzazione di cui al D. Lgs. n.196/2003, integrata con il Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati)**, concernerà i seguenti dati: *nome; cognome; sesso; codice fiscale; indirizzo; città; provincia; nazionalità; telefono (abitazione) e cellulare; indirizzo di posta elettronica; documentazione da lei fornita per la soluzione del suo caso.*
- Nel caso di richiesta di assistenza per problematiche inerenti patologie rare, assistenza medico legale nelle commissioni INPS per il riconoscimento dell'invalidità, esame morfologico del sangue con la Divisione di Medicina Cellulare l'autorizzazione ex D. Lgs. n.196/2003, integrata con il Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati)** riguarderà i seguenti dati: *ASL di riferimento ed anamnesi paziente; accertamenti effettuati e patologie diagnosticate; sintomi e terapie seguite; ricoveri effettuati, visite in commissione medica legale ed esito; medicina alternativa (qualora ne abbiate fatto ricorso); assistenza domiciliare; medico incaricato; prima visita; diagnosi; terapia consigliata; visite di controllo successive.*



Associazione Centro Servizi Interdisciplinare C.S.IN. A.P.S.

11. **Il suo diritto di accesso ai suoi dati sensibili e personali, in ogni momento voglia effettuarlo, è a titolo gratuito;**
12. **Lei ha diritto alla cancellazione dei suoi dati personali e sensibili (diritto all'oblio) una volta raggiunto il risultato per il quale ha richiesto l'assistenza del C.S.IN. A.P.S., ai sensi ed agli effetti del Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati)**

IL/LA SOTTOSCRITTO/A	
Nome e Cognome	
Data e luogo di nascita	
CODICE FISCALE	
Sesso	
Nazionalità	
Residenza: via, CAP, Prov.	
Telefono	
Email:	
Documento:	Numero:
	Ente che l'ha rilasciato:
	Data rilascio:
	Data scadenza:

ricevuta l'informativa di cui all'art. 13 del D.lgs. n. 196/03, integrata con il Regolamento UE n.2016/679 (Regolamento Generale Sulla Protezione dei dati)

acconsento

non acconsento

al trattamento dei miei dati personali e sensibili da parte del C.S.IN. A.P.S.. limitatamente ai punti da 1 a 9

acconsento

non acconsento

al trattamento dei miei dati personali - comprese la loro comunicazione o diffusione – da parte del C.S.IN. A.P.S. in relazione alle iniziative di cui al punto 6 ovvero all'invio della newsletter e altri bollettini informativi, conformemente a quanto indicato nella su menzionata informativa.

Luogo e data _____

Firma _____