

**Spett.le  
Consiglio di Amministrazione  
di MACC Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo**

Il sottoscritto/a .....NDG.....  
nato/a a .....(.....) il .....  
residente in ..... (.....) Via .....  
di professione .....  
titolo di studio .....  
Tel. fisso ..... ; e\_mail: .....  
Tel. Cell. .... ; C.F.: .....  
documento di identità n° ..... rilasciato da .....  
il ..... tipo documento.....  
Copia del documento di identità è allegata alla presente.

i cui familiari si indicano qui di seguito (figli minori anche se non conviventi):

	COGNOME E NOME	SESSO	DATA DI NASCITA	LUOGO DI NASCITA
1				
2				
3				
4				

in qualità di Socio  Cliente  di BCC Venezia Giulia, presa visione dello Statuto di *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo* ed in particolare le norme che regolano la limitazione all'acquisto della qualità di Associato, le formalità per l'ammissione ad Associato, il recesso, l'esclusione, la liquidazione e l'indivisibilità delle riserve, chiede di essere ammesso in qualità di Associato e s'impegna a rispettare lo Statuto, i regolamenti e le deliberazioni sociali nonché a versare la quota di ammissione, i contributi associativi annui e gli apporti dovuti per le prestazioni e i servizi garantiti da *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo*.

Il/la sottoscritto/a dichiara di non essere  di essere  coniuge o convivente more uxorio di persona già Associata a *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo*. In quest'ultimo caso riporta di seguito le generalità del coniuge o convivente more uxorio:

Cognome e nome \_\_\_\_\_ nato/a il \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Il/la sottoscritto/a autorizza *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo* ad acquisire informazioni da BCC Venezia Giulia sull'esistenza e la natura dei rapporti in essere con la BANCA medesima al fine di permettere alla Mutua la valutazione nel tempo della permanenza dei requisiti previsti per lo status giuridico di associato di cui all'art. 6 dello Statuto.

Il/la sottoscritto/a dichiara di conoscere, approvare ed accettare che:

- *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo* garantisce a tutti i propri Associati un livello base di assistenza medico-sanitaria le cui prestazioni sono indicate nel regolamento generale ed in quello della Carta Mutuasalus;
- La Carta Mutuasalus® è consegnata da *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo* all'Associato dopo l'accoglimento della relativa domanda di ammissione e consente allo stesso Associato ed ai suoi familiari, dichiarati nella domanda di ammissione, di accedere a tutte le iniziative che *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo* organizza in favore dei propri assistiti;
- Il Consiglio di Amministrazione di *MACC – Mutua di Assistenza del Credito Cooperativo* stabilisce annualmente i contributi dovuti dagli Associati al fine dell'erogazione delle prestazioni contemplate dall'oggetto sociale.

Versa la quota di ammissione *una tantum*, a norma del vigente Statuto e come determinata dal regolamento generale, e richiede l'emissione della Carta Mutuasalus® valida per sé e per i propri familiari (figli minori anche se non conviventi). Versa anche il contributo associativo annuale stabilito dal Cda per l'anno in corso.

Il/la sottoscritto/a, consapevole delle responsabilità e delle sanzioni penali stabilite dalla legge per false attestazioni e mendaci dichiarazioni (art. 76 D.P.R. 445/2000), dichiara sotto la sua personale responsabilità (art. 46 D.P.R. 445/2000) che i dati su riportati sono conformi a verità.

In fede

\_\_\_\_\_ li \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del sottoscrittore



Premesso che, come rappresentato nell'informativa che mi è stata fornita ai sensi dell'art.13 del GDPR, l'erogazione di gran parte delle prestazioni e dei servizi della Mutua richiede la comunicazione e il correlato trattamento dei miei dati personali alle categorie di soggetti di seguito specificate:

- Soggetti che svolgono lavorazioni contabili
- Soggetti che gestiscono l'organizzazione della compagine sociale
- Soggetti che organizzano le iniziative statutariamente previste

do il consenso

nego il consenso

alle predette comunicazioni e correlato trattamento dei miei dati. Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni e ai servizi che richiedono tali comunicazioni e il correlato trattamento dati.

Per quanto riguarda il trattamento e la comunicazione dei miei dati personali e sensibili acquisiti o che saranno acquisiti in relazione alle prestazioni rese dalla Mutua (ad esempio dati dai quali possa desumersi il mio stato di salute in particolare per la gestione e la liquidazione dei sussidi previsti nell'ambito delle iniziative sanitarie a cui aderisco), ai soggetti coinvolti nel flusso operativo e precisamente a Strutture Sanitarie, Medici Professionisti, Compagnie di Assicurazione, Agenzie viaggi o società che effettuino servizi di prenotazione e società di gestione e liquidazione sinistri, sempre nei limiti delle competenze assegnate agli stessi e nel solo caso in cui il trattamento e la comunicazione siano strumentali per l'erogazione delle prestazioni e dei servizi da me richiesti

do il consenso

nego il consenso

Sono consapevole che in mancanza del mio consenso, la Mutua non potrà dar corso alle prestazioni ed ai servizi da me richiesti.

Per quanto riguarda la comunicazione da parte della Mutua dei miei dati a società di rilevazione della qualità delle prestazioni della Mutua

do il consenso

nego il consenso

Per quanto riguarda il trattamento da parte della Mutua dei miei dati ai fini di informazione circa le attività proposte ed i servizi offerti dalla Mutua o da società terze.

do il consenso

nego il consenso

Rimane fermo che tale consenso è condizionato al rispetto delle disposizioni della vigente normativa.

Luogo e data

Nome e Cognome dell'associato (leggibile)

\_\_\_\_\_, li \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_



**Per il nucleo familiare:**

---

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore titolare della responsabilità genitoriale**

---

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore titolare della responsabilità genitoriale**

---

Nome per esteso del minore

Firma del **genitore titolare della responsabilità genitoriale**