ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

# DOMANDA DI PENSIONE IN CUMULO
## Genitore dell'iscritto/a deceduto/a

PRESTAZIONI

**DOMANDA DI PENSIONE IN CUMULO**
*(Legge 228 del 2012 e successive modificazioni e integrazioni)*

**Istruzioni**
Questa pensione spetta al genitore quando l'iscritto/a deceduto/a era titolare di posizioni contributive presso enti previdenziali diversi. La pensione indiretta in cumulo, comprensiva delle quote a carico delle Gestioni Enpam, sarà pagata dall'Inps in 13 mensilità.

**Attenzione:** se l'iscritto/a era già titolare di una pensione in regime di cumulo, la domanda di pensione di reversibilità va inoltrata all'Inps (*perché è l'ente che eroga il trattamento*).

**1. Chi** ha diritto alla pensione?
I principali beneficiari sono:

- il **coniuge**;
- il **coniuge separato**;
- il **coniuge divorziato** se titolare dell'assegno di mantenimento e non si è risposato (se concorre con il coniuge deve rivolgersi al tribunale per la determinazione della quota di pensione che gli/le spetta);
- i **figli** (fino a **21 anni**, oppure fino a **26** se studenti; **oltre** queste età se riconosciuti inabili a qualsiasi lavoro proficuo in modo assoluto e permanente e a carico del medico/odontoiatra);
- i **minori regolarmente affidati** a norma di legge (fino a **21 anni**, oppure fino a **26** se studenti; **oltre** queste età se riconosciuti inabili a qualsiasi lavoro proficuo in modo assoluto e permanente e a carico del medico/odontoiatra);
- i **nipoti** che vivono a carico del/la nonno/a medico/odontoiatra (fino a **21 anni**, oppure fino a **26** se studenti; **oltre** queste età se riconosciuti inabili e a carico del medico/odontoiatra).

In assenza dei beneficiari sopra indicati **la pensione va ai genitori solo se sono a carico del medico/odontoiatra al momento del decesso.** In mancanza anche dei genitori, o nel caso in cui questi non abbiano titolo alle prestazioni, la pensione va ai fratelli e alle sorelle solo se sono totalmente inabili in modo assoluto e permanente a qualsiasi lavoro proficuo e a carico del medico/odontoiatra al momento del decesso.

2. **Come** si presenta la domanda?

- Si può inviare per **posta** o per **pec** (scegliere solo uno di questi modi) a:

Fondazione Enpam
Servizio Prestazioni
P.zza Vittorio Emanuele II, n° 78 - 00185 Roma
Per **pec** a**:** protocollo@pec.enpam.it

È necessario allegare la **fotocopia** del **documento di identità.**

- Si può consegnare all' Enpam - Ufficio Accoglienza e relazioni con il pubblico, piano terra.
Orari: lunedì – venerdì: 9,00-13,00.
In questo caso il modulo deve essere **firmato alla presenza** di un funzionario dell'Enpam.

3. **Documenti necessari** per il pagamento della pensione, **da presentare sempre**
   - certificato di morte;
   - certificato di causa di morte (*solo se la morte è avvenuta per Covid-19*);
   - certificato di prima iscrizione all'Ordine;
   - dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta;
   - copia dell'ultimo modello 730, Unico o dell'ultima Cu dell'iscritto/a deceduto/a;
   - copia del modello 730, Unico, o dell'ultima Cu del genitore oppure un'autocertificazione, redatta in base all'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000, nella quale si attesti la propria situazione reddituale o economica al momento del decesso dell'iscritto/a;
   - copia del documento di identità;
   - certificazione dei periodi contributivi maturati presso gli altri enti previdenziali coinvolti.

4. **Ulteriori documenti necessari solo per la domanda di pensione**

**Iscritti al Fondo della medicina convenzionata e accreditata** (*medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, addetti alla continuità assistenziale e all'emergenza territoriale, medici fiscali, specialisti ambulatoriali, medici della medicina di servizi, specialisti esterni*)
Per legge[1] i documenti indispensabili per pagare la pensione sono acquisiti d'ufficio dall'Enpam. Chi presenta la domanda, dal canto suo, è tenuto a indicare l'ufficio e la struttura (Comitato zonale, Asl/Ente) a cui l'Enpam dovrà rivolgersi per reperire i dati necessari. **In alternativa l'interessato/a può presentare una dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà. In questo modo si riducono i tempi di attesa per ricevere la pensione.**
I modelli per la dichiarazione sostitutiva si trovano sul sito www.enpam.it nella sezione "Moduli".

**Specialisti ambulatoriali e medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione**
Per autocertificare l'attività svolta dall'iscritto/a deceduto/a **fino al 31 dicembre 2012** vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato, con tutti i dati richiesti nella dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, e di ricopiarli fedelmente sul modello della dichiarazione reperibile sul sito dell'Enpam. Le informazioni necessarie per determinare l'importo della pensione maturata fino a questa data, infatti, sono molto dettagliate e piuttosto difficili da ricostruire con precisione.

**Medici della medicina dei servizi con contratto di convenzione**
È necessario **allegare anche un cedolino** dei compensi per ogni anno dal 2008 al 2012.

1. Articoli 43 e 46 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

# DOMANDA DI PENSIONE IN CUMULO
## Genitore dell'iscritto/a deceduto/a

PRESTAZIONI

**MOD.PENS.GEN.CUM**

**DOMANDA DI PENSIONE IN CUMULO**
*(Legge 228 del 2012 e successive modificazioni e integrazioni)*

**Dati del genitore**

**Nome** _____ **Cognome** _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*Codice Fiscale*

Data di nascita ___ / ___ /_____ a _____ prov. ____residente a _____

prov. ___ indirizzo _____ cap. _____ tel. _____cell. _____

Email _____ Pec _____

Domicilio fiscale (*da indicare solo se diverso dalla residenza*) a _____prov. ___

indirizzo _____ n. ____ cap _____

**Dati del rappresentante legale** (***se il modulo viene presentato da chi rappresenta legalmente l'avente diritto***)

☐ tutore ☐ curatore ☐ amministratore di sostegno ☐ altro (specificare qualifica) _____

**Nome** _____ **Cognome** _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*Codice Fiscale*

Data di nascita ___/ ___ /_____ a _____ prov. ___

residente _____ prov. ___ indirizzo _____

Cap _____ tel _____ cell _____ Email _____

Pec _____

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

# Dichiaro

(articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

che il/la Dott./D.ssa _____(nome) _____(cognome)

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

***Codice Enpam*** ***Codice Fiscale***

nato/a il___ /___ /_____ a _____ prov. _____ deceduto/a il ___ /___ /_____

era iscritto/a all'Ordine dei medici della Provincia di _____

aveva maturato i seguenti periodi contributivi

(***da compilare obbligatoriamente***)

| Ente | Tipo di contribuzione | dal | al |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

☐ di essere stato/a sempre a suo carico, non possedendo redditi personali
☐ di possedere redditi personali per l'importo che risulta dal modello 730, Unico o dalla **CU allegato** in fotocopia
☐ che non esistono altri familiari beneficiari (*coniuge e/o figli/nipoti dell'iscritto/a*) che hanno diritto a questa pensione

**SOLO IN CASO DI DECESSO PER COVID-19 DEL MEDICO/ODONTOIATRA IN ATTIVITÀ**

# Dichiaro

☐ che il/la Dott/D.ssa/ _____ è deceduto/a in conseguenza del contagio da Covid-19 (è obbligatorio allegare copia conforme all'originale della certificazione rilasciata dal medico competente che constata il decesso)

# Chiedo

**la pensione indiretta** in cumulo con accredito presso:

ISTITUTO BANCARIO O POSTALE _____

FILIALE/AGENZIA N° _____ DI _____ _____(località)

| | CODICE w Nazione | CIN internz | CIN | ABI | CAB | NUMERO DI CONTO |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **IBAN:** | | | | | | |

**BIC/SWIFT:** **(per pagamenti internazionali)**

Cointestatario *(nome)* _____ *(cognome)* _____

Dichiaro di aver preso visione dell'informativa sulla privacy allegata.

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

# Allego

- ☐ certificato di morte
- ☐ certificato di causa di morte (*solo se la morte è avvenuta per Covid-19*)
- ☐ certificato di prima iscrizione all'Ordine
- ☐ copia dell'ultimo modello 730, Unico o dell'ultima Cu dell'iscritto/a deceduto/a
- ☐ copia del modello 730, Unico o dell'ultima Cu del genitore oppure autocertificazione, redatta in base all'articolo 46 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000, nella quale si attesti la situazione reddituale o economica al momento del decesso dell'iscritto/a
- ☐ certificato di stato di famiglia dell'iscritto/a al momento del decesso
- ☐ originale o copia autenticata della nomina a tutore/curatore/amministratore di sostegno (*se il modulo viene presentato da chi rappresenta legalmente l'avente diritto*)
- ☐ copia del documento d'identità
- ☐ certificazione dei periodi contributivi maturati presso gli altri enti previdenziali coinvolti

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il __ / __ / _____

_____

(*firma per esteso del funzionario dell'Enpam*)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

# Dichiaro

(articoli 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

che il/la Dott./D.ssa _____ svolgeva attività professionale

come_____

**Attenzione**: *specificare per ogni gestione Enpam (1, 2, 3) la data di cessazione dell'ultima attività professionale svolta dall'iscritto/a deceduto/a (per conto del Servizio sanitario nazionale, e/o degli Enti non convenzionati con il Ssn, e/o degli Enti mutualistici soppressi). Se l'iscritto era attivo indicare nella "data di cessazione" quella del decesso.*

## 1 GESTIONE DEI MEDICI DI MEDICINA GENERALE

ultima attività svolta:

☐ medico di medicina generale

☐ pediatra di libera scelta (indicare la data di inizio dell'attività professionale se successiva al 1° gennaio 2008: ___/___/____)

☐ addetto/a alla continuità assistenziale

- ○ con contratto di convenzione
- ○ con contratto di dipendenza

☐ addetto/a all'emergenza territoriale

- ○ con contratto di convenzione
- ○ con contratto di dipendenza

data di cessazione ____/_____/_____

☐ medico fiscale

data di cessazione ____/_____/_____

## 2 GESTIONE DEGLI SPECIALISTI AMBULATORIALI

ultima attività svolta:

☐ specialista ambulatoriale

- ○ con contratto di convenzione
- ○ con contratto di dipendenza

☐ medico della medicina servizi

- ○ con contratto di convenzione
- ○ con contratto di dipendenza

data di cessazione ____/_____/_____

## 3 GESTIONE DEGLI SPECIALISTI ESTERNI

ultima attività svolta:

☐ specialista esterno

data di cessazione ____/_____/_____

*per l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012 specificare se*

○ a prestazione
○ a visita

*In questa parte vi chiediamo di specificare se preferite che sia l'Enpam ad acquisire d'ufficio i certificati necessari per chiudere la pratica, oppure se scegliete di presentare una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà (vedi il punto 4 della pagina delle istruzioni)*

☐ **chiedo l'acquisizione d'ufficio dei documenti** presso

(***Attenzione***: *nel caso facciate questa scelta la pensione potrà essere liquidata solo quando il comitato zonale/Asl/Ente ci avrà inviato tutti i dati necessari*)

Comitato zonale/Asl/Ente _____

Ufficio (indicare il nome del servizio) _____

Telefono _____ Fax _____Email _____

indirizzo _____ Cap _____Prov. ___

**oppure**

☐ **allego la dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà** (*se l'iscritto/a deceduto/a ha lavorato come specialista ambulatoriale o medico della medicina dei servizi, con contratto di convenzione, per autocertificare l'attività svolta fino al 31 dicembre 2012 vi consigliamo di farvi rilasciare un certificato storico di servizio ad uso privato e di ricopiare fedelmente tutti i dati sul modello che trovate nella sezione "Moduli" del sito www.enpam.it)*

## *La parte che segue va compilata solo dai familiari del medico della medicina dei servizi con contratto di convenzione:*

☐ allego n.___ cedolini per i compensi dal _____ al _____ (*per l'attività svolta dal medico deceduto dal 2008 al 2012 è necessario allegare un cedolino per ogni anno*)

luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

ENPAM
PREVIDENZA · ASSISTENZA · SICUREZZA

# Dichiarazione per il diritto alle detrazioni d'imposta

(Articoli 11, 12, e 13 del Tuir, decreto del Presidente della Repubblica 1986, n.917 e successive modificazioni e Dpr 29 settembre 1973, n. 600)

*Spazio riservato all'ENPAM*
*protocollo*

**MOD.DETR.**

**Domanda di pensione**

Nome _____ Cognome _____

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ / ☐☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Codice ENPAM — Codice Fiscale

Data di nascita ___/___/_____ a _____ prov. ____

Stato_____

Residente a _____ prov. ____

Indirizzo _____ n. _____ Cap. _____

Stato _____

Telefono (*obbligatorio*) _____ Email. _____

PEC _____

Consapevole che, in caso di dichiarazioni non veritiere, di formazione o uso di atti falsi, sono previste la perdita dei benefici conseguiti e sanzioni penali (articoli 75 e 76 del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

## Dichiaro

**di aver diritto** *(rispondere a tutti i quesiti barrando le caselle su ciascuna riga. Se la risposta alla domanda è SÌ, dare tutte le informazioni richieste):*

☐ SI ☐ NO al beneficio delle detrazioni d'imposta per i redditi da pensione previste dall'Articolo 13 del Tuir a decorrere dal ____ / ____ / _____

☐ SI ☐ NO alle detrazioni per il coniuge a carico, legalmente ed effettivamente non separato, previste dall'articolo 12 del TUIR a decorrere dal ____ / ____ / _____

**DATI DEL CONIUGE**

Nome_____ Cognome _____

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ (*Obbligatorio*)

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

**MOD. N. _____**

SI NO alle detrazioni previste dall'articolo 12 del Tuir, per i **figli a carico**, compresi i figli adottivi, gli affidati e gli affiliati, con **età pari o superiore a 21 anni** che abbiano un reddito annuo (al lordo degli oneri deducibili) non superiore a 2.840,51 euro o a 4.000 euro nel caso di figli di età non superiore a 24 anni.

## DATI DEL/I FIGLIO/I

**1.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

**2.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

**3.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

**4.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

**5.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

SI NO alle detrazioni per **altri familiari a carico**, che abbiano un reddito annuo **non superiore a 2.840,51 euro** (*al lordo degli oneri deducibili*), previste dall'articolo 12 del Tuir.

**DATI DEGLI ALTRI FAMILIARI** (*secondo quanto previsto dall'articolo 433 del Codice Civile*)

**1.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

**2.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

**3.** Nome _____ Cognome _____

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | | | | | | | | |

*(obbligatorio)*

*Codice Fiscale*

Data di nascita ____ / ____ / _____ a _____ Prov. ____

Stato _____

a carico dal ____ / ____ / _____ Percentuale spettante: **100%** **50%**

# Richiesta di un'aliquota maggiore

(questa richiesta va presentata ogni anno)

SI NO **Non potendo beneficiare delle detrazioni d'imposta**, chiedo che venga applicata un'aliquota di tassazione più elevata di quella determinata dalla Fondazione Enpam in relazione agli scaglioni annui di reddito, con conseguente conguaglio Irpef a debito, pari al: **35%** **43%**

**Attenzione:** se siete titolari di più trattamenti pensionistici, la richiesta di un'aliquota più alta non viene presa in carico dall'Enpam. In questi casi infatti l'Enpam deve applicare l'aliquota fiscale comunicata dal casellario Inps, che tiene conto del reddito complessivo annuo.

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

# Dichiaro

di aver preso visione dell'informativa privacy allegata.

☐ Allego una copia del documento di identità

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il __ / __ / _____

_____

(*firma per esteso del funzionario dell'Enpam*)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

Mi impegno a comunicare all'Enpam tutti i cambiamenti che incidono nella determinazione della detrazione entro 30 giorni dall'avvenuto cambiamento.

Luogo e data _____ Firma (del dichiarante) _____

Parte riservata all'ufficio

dichiarazione consegnata il __ / __ / _____

_____

(*firma per esteso del funzionario dell'Enpam*)

(art. 38, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 445/2000)

**Informativa sul trattamento dei dati personali per le attività istituzionali previdenziali**
(come previsto dagli articoli 13 e 14 del Regolamento generale sulla protezione dei dati Ue 2016/679, in breve "Rgpd", in inglese "Gdpr")

| | |
|---|---|
| **Contatti** | Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: privacy@enpam.it.<br>Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: dpo@enpam.it; pec: dpo@pec.enpam.it. |
| **Finalità del trattamento** | ■ gestione del rapporto con gli iscritti;<br>■ obblighi previsti da leggi, dai regolamenti e dallo Statuto della Fondazione, da disposizioni di autorità e di organi di vigilanza e controllo. |
| **Base giuridica** | Adempimento di obblighi legali, esecuzione di compiti di interesse pubblico di cui è investita la Fondazione (articolo 6 paragrafo 1 lettere e) e c) Rgpd), diritti da far valere o difendere in sede giudiziaria (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) e articolo 9 paragrafo 2 lettera f) Rgpd).<br>Il trattamento di categorie particolari di dati è necessario per motivi di interesse pubblico (articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd; Autorizzazione n. 3/2016 al trattamento dei dati sensibili da parte degli organismi di tipo associativo e delle fondazioni). |
| **Fonte da cui hanno origine i dati personali** | Ordini territoriali; gli iscritti dal momento in cui inizia il rapporto con la Fondazione in poi; pubblici registri. |
| **Categorie di dati trattati** | Dati comuni e categorie particolari (dati anagrafici e relativi alla situazione reddituale o lavorativa e allo stato di salute) |
| **Periodo di conservazione** | I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per tutti i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo |
| **Categorie di destinatari** | Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici. |
| **I diritti degli interessati** | L'interessato può esercitare i diritti previsti dagli articoli che vanno dal 15 al 21 del Rgpd usando i moduli pubblicati su www.enpam.it/privacy |
| **Informazioni aggiuntive ed estese** | Per maggiori dettagli, consultare www.enpam.it/privacy. |

**Informativa per i familiari**

| | |
|---|---|
| **Contatti** | Titolare del trattamento dei dati: Fondazione Enpam, Piazza Vittorio Emanuele II, n. 78 – 00185 Roma, email: privacy@enpam.it.<br>Responsabile della protezione dei dati (Rpd): posta cartacea presso la sede del Titolare; email: dpo@enpam.it; pec: dpo@pec.enpam.it. |
| **Finalità del trattamento** | Erogazione di servizi, esecuzione di prestazioni richieste da un iscritto, da un dipendente o da un collaboratore a beneficio di familiari. |
| **Base giuridica** | A seconda dei casi:<br>1. consenso al trattamento (articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd), se si tratta di categorie particolari di dati;<br>2. consenso al trattamento (articolo 6 paragrafo 1 lettera a) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera a) Rgpd) se si tratta di finalità che non rientrano in altre basi giuridiche;<br>3. obblighi e diritti specifici della Fondazione o degli interessati in materia di diritto del lavoro e della sicurezza sociale e protezione sociale (articolo 9, paragrafo 2 lettera b) Rgpd);<br>4. esecuzione di un contratto o di misure precontrattuali (articolo 6 paragrafo 1 lettera b) Rgpd);<br>5. obbligo di legge (articolo 6 paragrafo 1 lettera c) Rgpd);<br>6. esecuzione di un compito di interesse pubblico, come nel caso di trattamenti connessi a finalità di previdenza e assistenza (articolo 6 paragrafo 1 lettera e) Rgpd e articolo 9 paragrafo 2 lettera g) Rgpd);<br>7. legittimo interesse dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta (articolo 6 paragrafo 1 lettera f) Rgpd). |
| **Fonte da cui hanno origine i dati personali** | Il familiare dell'iscritto, del dipendente o del collaboratore che fa la richiesta. |
| **Categorie di dati trattati** | Dati personali comuni e categorie particolari. |
| **Periodo di conservazione** | I dati vengono conservati il tempo necessario a realizzare le finalità per cui sono stati raccolti, fatta eccezione per i casi in cui la legge impone che i dati devono essere conservati per un periodo più lungo. |
| **Categorie di destinatari** | Persone autorizzate e designati, responsabili o altri titolari esterni (es. banche, recupero crediti); componenti degli organi statutari; enti o organismi pubblici. |
| **I diritti degli interessati** | L'interessato può esercitare i diritti come previsto dall' articolo 14, paragrafo 2, lettere c), d), e), e dagli articoli che vanno dal 15 al 21 usando i moduli pubblicati su www.enpam.it/privacy |
| **Informazioni aggiuntive ed estese** | Per maggiori dettagli, consultare l'indirizzo www.enpam.it/privacy. |