Spett.le

Camera di Commercio I.A.A. della Basilicata

Pec: cameradicommercio@pec.basilicata.camcom.it

*Oggetto*: **Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata - Anticipazioni, sovvenzioni e prestiti- Richiesta erogazione Piccolo Prestito.**

Il/la sottoscritto/a(*nome*) (cog*nome*) ,

in qualità di dipendente della Camera di Commercio I.A.A. della Basilicata,

**CHIEDE**

di ricevere, ai sensi del Regolamento camerale in oggetto, approvato con deliberazione della Giunta n. 68 del 06/10/2020, un Piccolo Prestito di €\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ per sostenere le spese sanitarie non differibili:

* per se stesso/a;
* per il proprio coniuge;
* per il/la proprio/a figlio/a.

Allegando la seguente documentazione:

-*(allegare documentazione comprovante la motivazione della richiesta).*

A tal fine, il/la sottoscritto/a, ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445 del 28/12/2000 e successive modificazioni, consapevole delle responsabilità penali a cui può andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci rese nella presente istanza o di esibizione di atti falsi o contenenti dati non rispondenti a verità (vedi art. 76 del DPR 445/2000) e che la falsa dichiarazione comporta la decadenza dai benefici eventualmente conseguenti al provvedimento emanato sulla base della dichiarazione medesima, ai fini dell’ammissione al beneficio

**DICHIARA**

* di essere a conoscenza e di accettare sia il Regolamento camerale in oggetto, sia tutte le norme penali, civili, amministrative e fiscali che attengono all'erogazione del beneficio richiesto;
* di essere consapevole che, la Camera di commercio si riserva la facoltà di svolgere, anche a campione, tutti i controlli necessari ad accertare la veridicità delle informazioni contenute nella domanda e nei relativi documenti allegati sulla base dei quali viene erogato il beneficio previsto dal Regolamento in questione;
* di essere consapevole che, in caso di mancato rispetto di taluno dei requisiti, limiti, obblighi o condizioni previsti dal Regolamento camerale, la Camera di commercio procederà alla revoca del beneficio ed al recupero delle somme eventualmente già erogate, maggiorate degli interessi legali.

Data\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

IN FEDE

**(Firma digitale o Firma calligrafica unitamente alla copia**

 **di un documento di riconoscimento in corso di validità.)**

### INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI E PARTICOLARI

Ai sensi dell’art. 13 del Regolamento UE 679/2016 relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, la Camera di commercio della Basilicata, in qualità di Titolare del trattamento ai sensi dell’art. 4, n. 7 del Regolamento UE 679/2016 **“**General Data Protection Regulation”, di seguito anche GDPR, informa che:

**Rinvio all’informativa generale in materia di protezione dei dati personali dei lavoratoridell’Ente**

Il presente documento è da considerarsi integrativo rispetto all’informativa generale in materia di trattamento dei dati personali dei lavoratori della CCIAA, già in Suo possesso e alla quale si rimanda – ai sensi dell’art. 13, par. 4, del GDPR – per ogni ulteriore informazione qui non contenuta, compresa l’elencazione dei diritti a Lei spettanti.

**Finalità del trattamento e base giuridica**

I dati personali e particolari sono forniti dal dipendente volontariamente relativamente alla concessione di un prestito utile a sostenere le spese sanitarie sostenute dal dipendente o dai componenti del proprio nucleo familiare, secondo quanto previsto dal Regolamento per il welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata, così come approvato dalla Giunta camerale con provvedimento n. 68 del 6 ottobre 2020. Il conferimento ed il successivo trattamento dei dati sono indispensabili per la concessione del beneficio e gli stessi sono raccolti, utilizzati e trattati con modalità manuali, informatiche e telematiche esclusivamente da personale autorizzato al trattamento, secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza e tutela della riservatezza ed al solo scopo di espletare le operazioni di istruttoria delle richieste presentate e di adempiere agli obblighi scaturenti dal suddetto Regolamento.

La presentazione della domanda di concessione del beneficio comporta la presa visione della presente informativa da parte del richiedente e, ove la richiesta comporti il trattamento dei dati, anche particolari, dei componenti del nucleo familiare l’acquisizione, con la sottoscrizione dell’apposito paragrafo del modulo, del consenso al trattamento dei dati personali, ai sensi dell’art. 7 del Regolamento (UE) 2016/679, secondo le modalità di cui alla presente informativa, inclusi quelli considerati come categorie particolari di dati.

I dati non saranno utilizzati per finalità diverse da quelle esposte nella presente informativa.

**Soggetti autorizzati al trattamento, comunicazione e diffusione**

I dati acquisiti saranno trattati, in modo da garantirne la sicurezza e la riservatezza, con particolare riferimento all’utilizzo di idonee misure di sicurezza tecniche ed organizzative, esclusivamente da:

* personale della Camera di commercio autorizzato al trattamento (gruppo di lavoro individuato dall’Ordine di Servizio n. 17 del 01.09.2020);
* società che erogano servizi tecnico-informatici;
* società che erogano servizi di comunicazioni telematiche e, in particolar modo, di posta elettronica.

Si fa presente che il Titolare potrebbe verificare la veridicità delle informazioni rese dal richiedente, anche mediante acquisizione di dati presso soggetti pubblici e privati in sede di controllo delle dichiarazioni sostitutive rese ai sensi del D.P.R. n. 445/2000, per le verifiche a campione della documentazione presentata (a titolo esemplificativo strutture sanitarie);

I dati non saranno comunicati in Paesi terzi (extra UE) od Organizzazioni internazionali.

**Mancato conferimento dei dati personali**

Il conferimento dei dati personali è facoltativo, tuttavia la mancata comunicazione delle informazioni richieste non consentirà di procedere all’istruttoria per la concessione del beneficio. In particolare, con riferimento alle categorie particolari di dati personali, la Camera di commercio acquisirà il consenso informato del richiedente o dei suoi familiari.

**Tempi di conservazione**

La documentazione e le informazioni fornite in sede di partecipazione alla procedura saranno conservate per cinque anni.

**Diritti dell’interessato**

Il Regolamento (UE) 2016/679 Le riconosce, in qualità di Interessato, diversi diritti, che può esercitare contattando il Titolare o il DPO ai recapiti di cui ai punti 1 e 2 della presente informativa.

Tra i diritti esercitabili, purché ne ricorrano i presupposti di volta in volta previsti dalla normativa (in particolare, artt. 15 e seguenti del Regolamento) vi sono:

- il diritto di conoscere se il Titolare ha in corso trattamenti di dati personali che la riguardano e, in tal caso, di avere accesso ai dati oggetto del trattamento e a tutte le informazioni a questo relative;

- il diritto alla rettifica dei dati personali inesatti che la riguardano e/o all’integrazione di quelli incompleti;

- il diritto alla cancellazione dei dati personali che la riguardano;

- il diritto alla limitazione del trattamento;

- il diritto di opporsi al trattamento;

- il diritto alla portabilità dei dati personali che la riguardano.

In ogni caso, lei ha anche il diritto di presentare un formale Reclamo all’Autorità garante per la protezione dei dati personali, secondo le modalità reperibili presso il sito del Garante stesso.

**Il "Titolare" del trattamento e relativi dati di contatto**

Titolare del trattamento è la Camera di commercio della Basilicata con sede in Potenza in C.so XVIII Agosto, 34, tel. 0971-412111 e sede secondaria in Matera alla via Lucana, 82 tel.0835-338411 pec: cameradicommercio@pec.basilicata.camcom.it.

**Il Responsabile della protezione dei dati personali e relativi dati di contatto**

Al fine di meglio tutelare gli Interessati, nonché in ossequio al dettato normativo, il Titolare ha nominato un proprio DPO, Data Protection Officer (o RPD, Responsabile della protezione dei dati personali).

È possibile prendere contatto con il DPO della CCIAA della Basilicata ai seguenti recapiti: Email: dpo@basilicata.camcom.it, Pec: dpo@pec.basilicata.camcom.it.

***(Da compilare nel caso in cui la documentazione sanitaria acclusa alla richiesta si riferisce al dipendente dell’Ente)***

1) Il sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di dipendente della Camera di commercio della Basilicata e di interessato

🞎 Presa visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali nell’ambito del Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

In qualità di interessato:

* letta e compresa l’informativa privacy della CCIAA della Basilicata sul trattamento dei dati;
* informato della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso eventualmente prestato senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
* consapevole che il diniego del consenso o la revoca dello stesso non influirà in alcun modo sul proprio rapporto di lavoro ma comporterà l’impossibilità di accedere al beneficio.

🞎 presta il consenso al trattamento dei dati personali, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata;

🞎 nega il consenso al trattamento dei dati personali, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata.

Potenza,

 Firma del dipendente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Firma digitale o Firma calligrafica unitamente alla copia**

 **di un documento di riconoscimento in corso di validità.)**

***(Da compilare nel caso in cui la documentazione sanitaria acclusa alla richiesta si riferisce al coniuge del dipendente dell’Ente)***

2) Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di coniuge del dipendente

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Presa visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali nell’ambito del Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

* letta e compresa l’informativa privacy della CCIAA della Basilicata sul trattamento dei dati, anche dei familiari dei dipendenti;
* informato della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso eventualmente prestato senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
* consapevole che il diniego del consenso o la revoca dello stesso non influirà in alcun modo sul rapporto di lavoro del dipendente ma comporterà l’impossibilità di accedere al beneficio.

🞎 presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata;

🞎 nega il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata.

Potenza,

 Firma del coniuge del dipendente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Firma digitale o Firma calligrafica unitamente alla copia**

 **di un documento di riconoscimento in corso di validità.)**

***(Da compilare nel caso in cui la documentazione sanitaria acclusa alla richiesta si riferisce al/alla figlio/a minorenne del dipendente)***

3) Noi sottoscritti, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome e cognome dipendente*) e \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_(*nome e cognome dell’altro genitore*), in qualità di genitori del figlio (minorenne) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

* letta e compresa l’informativa privacy della CCIAA della Basilicata sul trattamento dei dati, anche dei familiari del dipendente;
* informati della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso eventualmente prestato senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
* consapevoli che il diniego del consenso o la revoca dello stesso alle ulteriori comunicazioni non influirà in alcun modo sul rapporto di lavoro del dipendente ma comporterà l’impossibilità di accedere al beneficio.

🞎 presta il consenso al trattamento dei dati personali del figlio, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata;

🞎 nega il consenso al trattamento dei dati personali del figlio, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata.

Potenza,

 Firma del dipendente

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Firma digitale o Firma calligrafica unitamente alla copia**

 **di un documento di riconoscimento in corso di validità.)**

 Firma dell’altro genitore

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Firma digitale o Firma calligrafica unitamente alla copia**

 **di un documento di riconoscimento in corso di validità.)**

***(Da compilare nel caso in cui la documentazione sanitaria acclusa alla richiesta si riferisce al/alla figlio/a maggiorenne del dipendente)***

2) Io sottoscritto/a \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, in qualità di figlio/figlia del dipendente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

🞎 Presa visione dell’informativa per il trattamento dei dati personali nell’ambito del Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata

MANIFESTAZIONE DEL CONSENSO

* letta e compresa l’informativa privacy della CCIAA della Basilicata sul trattamento dei dati, anche dei familiari del dipendente;
* informato della possibilità di revocare in qualsiasi momento il consenso eventualmente prestato senza che ciò pregiudichi la liceità del trattamento basata sul consenso prestato prima della revoca;
* consapevole che il diniego del consenso o la revoca dello stesso non influirà in alcun modo sul rapporto di lavoro del dipendente ma comporterà l’impossibilità di accedere al beneficio.

🞎 presta il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata;

🞎 nega il consenso al trattamento dei propri dati personali, anche relativi allo stato di salute, nell’ambito del procedimento di richiesta del prestito per sostenere le spese sanitarie non differibili secondo quanto disposto dal Regolamento welfare integrativo della Camera di commercio della Basilicata.

Potenza,

 Firma del/della figlio/figlia

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Firma digitale o Firma calligrafica unitamente alla copia**

 **di un documento di riconoscimento in corso di validità.)**