**DOMANDA DI ADESIONE**

**IL SOTTOSCRITTO**

**Cognome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Luogo e data nascita \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Residente in Via \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ n°civ \_\_\_\_\_\_CAP \_\_\_\_\_\_\_\_\_Città\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_PROV\_**

**Codice Fiscale \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Partita IVA**

**Telefono \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informazioni relative all'attività gestionale ai sensi dell'art 3 DM 27/10/2009**

**x Aderente Individuale O-** **Fonte Collettiva**

**O-** Lavoratore Non Dipendente **O-** Familiare di lavoratore non dipendente

**O-** Pensionato **O-** Familiare di pensionato

**x-** Lavoratore Dipendente Cooss **O-** Familiare di lavoratore dipendente

**CHIEDE**

**Di aderire al fondo Dentalwelfare e di sottoscrivere il piano sanitario base denominato *Piano di Odontoiatria di Base DW LEA,* compilando il presente modulo di iscrizione e versandone la relativa quota di EURO 15,20.**

**Di sottoscrivere il piano sanitario integrativo versandone le relative quote, per e/o anche per i propri famigliari, come eventualmente indicato nel l’apposito modulo allegato.**

**TERMINI E CONDIZIONI DI ADESIONE**

**Art 1) Premessa, Terminologia, Documenti allegati**

* 1. La premessa e la terminologia di cui alla *Nota Informativa per il Contraente -* Allegato I) devono intendersi quali parte integrante e sostanziale della presente Convenzione tra le Parti Firmatarie
  2. il Contraente dichiara di aver visionato, letto e compreso sul sito web [www.dentalwelfare.it](http://www.dentalwelfare.it) prima della sottoscrizione della presente Domanda di Adesione la *Nota Informativa per il Contraente* e i Documenti di Riferimento di cui sotto al punto 1.3, disponibili presso la sede legale del Fondo, dichiarando altresì di condividerne integralmente i contenuti e le obbligazioni previste a suo carico.

**Art 2) Ragion d'essere della domanda di adesione al Fondo: vulnerabilità odontoiatrica extraLEA**

il Contraente, visionati, letti e compresi lo statuto, il regolamento generale, la Nota Informativa nonché i piani sanitari allegati (disponibili inoltre presso la sede legale del Fondo), trovandosi per sé o per i suoi familiari a carico nella condizione di *“vulnerabilità odontoiatrica extra LEA*” , attraverso la Domanda di Adesione di cui sopra vuole sottoscrivere al “*Piano di Odontoiatria di Base DW LEA"* nonché al *“Tariffario Calmierato DW LAA”* e vuole riservarsi la possibilità di sottoscrivere, previo versamento di ulteriori contributi sanitari integrativi alla quota di iscrizione annuale, al piano sanitario integrativo sopra identificato (*e di seguito riportato \_detartrasi, visita, ortopantomografia se necessaria )* restando inteso che in ogni caso ha la facoltà – non l’obbligo – di utilizzare i suddetti piani di protezione e servizierogati dal Fondo.

**Art 3) Oggetto della adesione al Fondo: Convenzione per la Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN**

la premessa, le definizioni e la terminologia e la Nota Informativa per il Contraente di cui allo Allegato 1), unitamente alla domanda di adesione al Fondo sono parte integrante e sostanziale della presente Convenzione Odontoiatrica per la quale il Fondo si obbliga verso il Contraente a erogare a favore dello stesso e dei suoi familiari fiscalmente a carico il servizio di Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN a quota capitaria consistente nel Piano di Odontoiatria di Base DW LEA presso il Centro Convenzionato prescelto dal Contraente, purché egli sia in regola con la quota di adesione annuale individuale (o collettiva) e, nel caso il Contraente sia in regola con il versamento dei corrispondenti Contributi Integrativi, a erogare a favore dello stesso i relativi Piani Odontoiatrici Integrativi DW LIA, restando inteso che in nessun caso il Contraente o chi per lui potrà pretendere dal Fondo la restituzione della quota di adesione e/o dei contributi sanitari integrativi nel caso egli o suoi familiari a carico non ne abbia/abbiano beneficiato nonostante l'avvenuto pregresso pagamento.

**Art 4) Delimitazioni ed esclusioni**

la Convenzione Odontoiatrica di cui all' art 3) tra le Parti Firmatarie è delimitato fino a un tetto contributivo annuale pro-capite massimo, quota di iscrizione annuale inclusa, di € 3615,20/anno ed esclude da parte del Fondo la erogazione a favore dello stesso Contraente di ogni altro trattamento o prestazione odontoiatrica, compresa la fornitura di DM- Dispositivi Medici, erogabili oltre tale tetto annuale salvo intervenute variazioni, modifiche o integrazioni delle norme fiscali e tributarie di riferimento.

**Art 5) Manleva**

con la sottoscrizione della presente Convenzione Odontoiatrica il Contraente, anche ai sensi e per gli effetti dell'art 1381 c.c. , manleva il Fondo dai danni causati a egli stesso o ai propri familiari a carico da parte del Centro Convenzionato e dagli Odontoiatri in esso operanti in ragione della Convenzione stessa, tenendo economicamente indenne il Fondo da ogni rivalsa mossa da parte sua, di Fonte Collettiva o di terzi manlevandolo altresì da ogni spesa (ivi incluse le spese legali) che il Fondo debba sostenere per fatto colposo del Centro Convenzionato e/o degli Odontoiatri in esso operanti.

**Art 6) Forma scritta o telematica della Convenzione Odontoiatrica, firma elettronica**

le Parti Firmatarie convengono che la presente Convenzione Odontoiatrica può essere indifferentemente redatta e sottoscritta su supporto cartaceo o su supporto informatico e/o telematico, potendosi altresì ammettere, nel rispetto delle normative vigenti in materia la firma elettronica e/o la firma digitale tra le Parti Firmatarie anche in ogni tipologia di documento clinico-organizzativo ed economico-amministrativo elaborati dal Fondo e dal Centro Convenzionato per gli effetti della presente Convenzione Odontoiatrica.

**Art 7) Durata e tacito rinnovo:**

L’adesione al Fondo ha durata annuale.

L’efficacia delle prestazioni erogate si attiva decorsi trenta giorni dalla avvenuta sottoscrizione della presente domanda di adesione per la durata fino a 365 giorni successivi alla sottoscrizione

La Convenzione Odontoiatrica stipulata tra le Parti Firmatarie si rinnova tacitamente di anno in anno obbligando il Contraente, entro lo scadere dei termini previsti, al versamento della quota annuale di adesione per il rinnovo dell'iscrizione per sé, e i suoi familiari a carico già iscritti.

In mancanza di disdetta la adesione al Fondo si intende tacitamente rinnovata tra le Parti Firmatarie per il periodo di un anno e così successivamente di anno in anno.

**Art 8 ) Recesso**

la volontà di recesso dalla adesione al Fondo da parte del Contraente, fatto salvo quanto previsto all'Art 7) e all'Art 8) della presente Convenzione Odontoiatrica, dovrà essere comunicata al Fondo via A/R o via PEC entro il 30 settembre di ciascun anno e avrà effetto a decorrere dal 1° gennaio dell'anno successivo ai sensi e per gli effetti dell'art 2 del suo Regolamento Generale.

**Art 9) Welfare Aziendale / Fonte Collettiva**

il Contraente iscritto al Fondo in forza di adesione collettiva attraverso apposito contratto o accordo collettivo aziendale ovvero attraverso la adozione di specifico regolamento con la Fonte Collettiva di riferimento, è obbligato al rispetto delle condizioni contrattuali con il Fondo nei termini e nelle condizioni previste dall'accordo contrattuale tra il Fondo stesso e la sua Azienda Convenzionata di riferimento che possono prevedere apporti contributivi parzialmente o totalmente a carico della stessa, riconoscendo le Parti Firmatarie lo stesso accordo contrattuale tra Fondo e Azienda Convenzionata come parte integrante e sostanziale della presente Convenzione nel caso di applicabilità del presente articolo.

**Art 10) Adesioni, Contributi Assistenziali Integrativi e tracciabilità delle modalità di pagamento**

**Art 10.1): tracciabilità delle modalità di pagamento**

il Contraente per beneficiare della Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN erogata dal Fondo attraverso i suoi Centri Convenzionati deve essere in regola con i versamenti della quota capitaria di iscrizione annuale e, nel caso, dei corrispondenti Contributi Integrativi nel rispetto delle normativa vigente in materia di tracciabilità e secondo le modalità sotto specificate nella presente Convenzione Odontoiatrica.

**Art 10.2):Adesione volontaria individuale per Welfare Volontario**

la quota di adesione volontaria individuale al Fondo, ha durata annuale ed è fissata in € 15,20/anno per il Contraente e in € 15,20/anno per ogni suo familiare a carico, può essere versata dal Contraente al Fondo direttamente a mezzo assegno POS-Carta di Credito o altra modalità tracciabile presso la sua sede o presso ogni suo Centro Convenzionato al Network DentalWelfare ovvero con qualsiasi altra modalità remota purché tracciabile, **ovvero in caso di accordi con il datore di lavoro per solo il dipendente previa trattenuta annuale del sostituto di imposta in busta paga ai senso dell’art. 51 comma 2 , lettera a TUIR,** e dà facoltà al Contraente di fruire del piano di protezione annuale di *"Odontoiatria di Base DW LEA"* nonché al *“Tariffario Calmierato DW LAA”* così come predisposti dal Fondo per l'anno di riferimento .

**Art 10.3):Adesione collettiva per Welfare Aziendale**

la quota di adesione collettiva e la durata della Convenzione Odontoiatrica è stabilita dal contratto sottoscritto tra il Fondo e la Fonte Collettiva ed è fissata riguardo al suo importo sulla base di uno specifico accordo contrattuale tra il Fondo e il datore di lavoro del Contraente (cd. Fonte Collettiva) potendo essere versata in favore del Contraente tramite assegno circolare presso la sua sede o tramite il Presidente del Fondo o un suo delegato ovvero con qualsiasi altra modalità remota purché tracciabile quale il bonifico bancario, il bonifico permanente, il bollettino postale, MAV o RID/SDD.

**Art 10.4): Contributi Assistenziali Integrativi**

il versamento di uno o più Contributi Integrativi per i relativi Piani Odontoiatrici Integrativi DW LIA ha un tetto massimo pro-capite/anno di € 3600,00 ( euro tremilaseicento) salvo diversa e sopravvenuta previsione di legge e può essere versato dal Contraente presso ogni suo Centro Convenzionato o, se applicabile apposito accordo contrattuale, parzialmente o totalmente dalla sua Fonte Collettiva di riferimento presso la sede del Fondo o tramite il Presidente del Fondo o un suo delegato direttamente tramite assegno salvo buon fine o assegno circolare o POS-Carta di Credito, o in alternativa al versamento diretto può essere versato dagli stessi soggetti acquirenti con qualsiasi altra modalità remota purché tracciabile, quale il bonifico bancario, il bonifico permanente, il bollettino postale, MAV, RID/SDD o, previa approvazione della finanziaria o della banca, tramite finanziamento

**Art 11) Decorrenza e attivazione**

riguardo ai fini fiscali contributivi dell'anno di riferimento la Convenzione Odontoiatrica decorre dalla data dell'avvenuto pagamento della quota di adesione e del relativo Contributo Assistenziale Integrativo diventando attiva, dalla data della valuta risultante nel conto corrente presso l'istituto bancario del Fondo dal cui estratto conto in cui sarà tracciabile il nominativo del Contraente o della sua Fonte Collettiva di riferimento, la data di versamento, l'importo versato, la sua causale e la modalità di pagamento utilizzata fermo restando che, in caso ricorra altra formula di finanziamento, la decorrenza e attivazione decorreranno dal giorno dell’avvenuto accredito

**TERMINI E CONDIZIONI DI FRUIZIONE DELLE PRESTAZIONI**

**Art 12) Liquidazione dei Piani Sanitari**

**Art 12.1) Rimborso in forma diretta**

i piani sanitari autorizzati dal Fondo, compresa la fornitura di dispositivi medici, per le quali il Contraente abbia regolarmente versato nell'anno in corso la quota di iscrizione i relativi contributi integrativi fiscalmente deducibili pro-capite / anno fino a un tetto massimo di € 3615,20 in base alla normativa vigente, saranno liquidati dal Fondo direttamente al Centro Convenzionato alla avvenuta comunicazione da parte del Centro stesso della completa esecuzione attraverso l'apposito *" Referto Odontoiatrico in Dimissione"* che dovrà essere sottoscritto anche dall' Iscritto

**Art 12.2) Assistito Pagante**

qualora da parte del Centro Convenzionato siano state eseguiti prestazioni o forniti dispositivi medici a favore del Contraente o di un suo familiare a carico non autorizzate/i dal Fondo perché non incluse nel piano sanitario, il Contraente dovrà provvedere a proprio carico al loro pagamento al Centro Convenzionato sulla base del Tariffario Calmierato DW LAA (fiscalmente detraibile al 19% fatta salva franchigia di legge )attraverso le modalità concordate autonomamente con il Centro

**Art 13) Risoluzione della Convenzione, morosità, anomalie contributive**

la Convenzione Odontoiatricatra le Parti Firmatarie è risolta in ogni caso in cui ricorrano le condizioni di cui all'art. 5 dello Statuto del Fondo o quelle dell'art. 2 del suo Regolamento Generale allegato ogni volta che il Fondo abbia rilevato e comunicato al Contraente morosità, anomalie contributive o errati o ritardati versamenti da parte sua o della sua Fonte Collettiva di riferimento e lo stesso Contraente o la sua Fonte Collettiva di riferimento non abbia/abbiano provveduto a regolarizzare nei tempi richiesti dal Fondo la propria posizione contributiva, ferma restando la facoltà del Fondo stesso di rivalersi sulla controparte morosa

**Art 14) Foro Competente e rinvio alle norme di legge:**

**Art 14.1) Nullità, invalidità e inefficacia della Convenzione Odontoiatrica**

l’eventuale nullità o inefficacia di una o più clausole contenute nella presente Convenzione Odontoiatrica non determina l’invalidità o l’inefficacia delle altre clausole né dell’intera Convenzione

**Art 14.2) Foro competente**

per la risoluzione delle controversie derivanti dalla presente Convenzione Odontoiatrica è competente il Foro del Contraente, restando inteso tra le parti Firmatarie stesse che valgono le norme della legge italiana per tutto quanto non diversamente regolato dalla presente Convenzione.

**Art14.3) Notifiche**

ai fini di qualunque comunicazione in virtù della presente Convenzione Odontoiatrica le Parti Firmatarie designano i rispettivi indirizzi e/o i rispettivi recapiti soprarichiamati

**ALLEGATI E SOTTOSCRIZIONE**

**Allegato I) "Nota Informativa per il Contraente"**

**Allegato II) “Modulo di adesione e Informativa sul trattamento dei dati”**

**Allegato III) “Piano sanitario base” e piano sanitario integrativo sottoscritto**

**Allegato IV) Manuale delle procedure per la presa in carico dell’utente**

**Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Fondo Il Contraente**

**x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Da ultimo, per accettazione espressa ai sensi e per gli effetti dell'art 1341 c.c e dell'art 1342 c.c ,**

**il Contraente dichiara di aver visionato la Nota Informativa per il Contraente allegata e letto ed**

**accettato espressamente i seguenti artt. della presente convenzione**

**Art 2) Ragion d'essere della domanda di adesione al Fondo: vulnerabilità odontoiatrica extraLEA**

**Art 3) Oggetto della adesione al Fondo: Convenzione per la Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN**

**Art 5) Manleva**

**Art 6) Forma scritta o telematica della Convenzione Odontoiatrica, firma elettronica**

**Art 7) Durata e tacito rinnovo**

**Art 12) Liquidazione dei Piani Sanitari**

**Art 13) Risoluzione della Convenzione, morosità, anomalie contributive**

**Luogo, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Il Fondo Il Contraente**

x\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ALLEGATO I)**

* **DENTALWELFARE–FONDO INTEGRATIVO DEL SSN -**

**NOTA INFORMATIVA PER IL CONTRAENTE**

**DAL “ FAR WEST ODONTOIATRICO “ AL “ WELFARE ODONTOIATRICO “**

In Italia è diffuso il fenomeno dell'*abusivismo odontoiatrico* per il quale persone non abilitate operano come veri e propri dentisti fuorilegge in un **"*Far West Odontoiatrico*"**senza regole certe: in questi casi le vittime non sono solo i pazienti, ma gli stessi dentisti e le strutture odontoiatriche private che operano nel rispetto delle regole etico-dentologiche, igienico-sanitarie e, non ultime, delle regole fiscali-tributarie. Altri fenomeni diffusi sono il *turismo odontoiatrico verso i paesi dell’est* per cui molti italiani si curano all’estero attratti da promesse di risparmio sui costi delle cure così come le *catene dentali low cost* di cui in molti casi si è occupata la cronaca quando hanno lasciato i pazienti senza fornire i trattamenti che essi avevano pagato in anticipo, spesso indebitandosi con società finanziarie.

Da alcuni anni però, grazie ai Fondi Integrativi del SSN e ai loro consistenti vantaggi fiscali, si sta diffondendo il ***“ Welfare Odontoiatrico ”*** : esso integra l’Odontoiatria Pubblica e l’Odontoiatria Privata e potenzia l'accesso alle cure odontoiatriche a favore di tutti i Cittadini, in particolare a favore di coloro che non hanno diritto ai *LEA- Livelli Essenziali di Assistenza del SSN* (riservati in base alla normativa vigente solo a persone che versino in particolari condizioni di vulnerabilità socioeconomica o sanitaria che possono accedervi in modo totalmente gratuito o con partecipazione di spesa, cd ticket, presso le strutture pubbliche e/o in quelle private convenzionate con il SSN).

**DentalWelfare è *un “Fondo Sanitario Integrativo del SSN”*** comunementedefinito ***“DOC”*** perchè istituito ai sensi dell'art 9 del Dlgs 229/99 e quindi a ***“Denominazione di Origine Controllata SSN”*** : esso ha il fine istituzionale di potenziare l'erogazione di trattamenti e di prestazioni aggiuntive di assistenza odontoiatrica, compresa la fornitura di DM- Dispositivi Medici ( protesi, implantoprotesi e sussidi ortognatodontici) , non comprese nei LEA- Livelli Essenziali e Uniformi di Assistenza- definiti dal Piano Sanitario Nazionale.

Tali prestazioni aggiuntive di “***Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN”*** sono erogabili da professionisti e strutture accreditati/e SSN, limitatamente alle ***“prestazioni extraLEA”*** e cioè non a carico del SSN.

Il Contraente deve prendere visione della “***Nota Informativa”*** prima della richiesta di adesione a DentalWelfare – Fondo Sanitario Integrativo del SSN -. Il contenuto della Nota Informativa non è soggetto alla preventiva approvazione dell'IVASS, la autorità di vigilanza del settore assicurativo, in ragione del fatto che DentalWelfare è un Fondo Sanitario Integrativo del SSN *“No Profit”* e quindi non è una compagnia di assicurazione privata con fini di lucro che eroga servizi assicurativi sanitari. Per questo motivo la adesione a DentalWelfare- Fondo Sanitario Integrativo del SSN- non è soggetto all'imposta sulle assicurazioni sanitarie private secondo la aliquota del 2,5% attualmente in vigore ma anzi, invece che una tassa, è considerata in base al regime fiscale vigente un ***“onere deducibile al 100% fino a un tetto massimo annuale di € 3615,20”*** rappresentando per il Contraente un incentivo per la tutela della sua salute indipendentemente egli abbia un reddito da lavoro dipendente o autonomo.

Ai sensi e per gli effetti dell'art 9 del D.lgs 229/99 e della normativa fiscale tributaria vigente per garantire la deducibilità fiscale al 100% di cui sopra DentalWelfare in quanto Fondo Integrativo cd DOC del SSN è vincolato a ricorrere per l'erogazione dei trattamenti e delle prestazioni odontoiatriche solamente a strutture e professionisti, oltrechè autorizzati, anche accreditati con il SSN- Servizio Sanitario Nazionale a garanzia del possesso di requisiti ulteriori non richiesti ai soggetti privati provvisti di sola autorizzazione sanitaria (a differenza delle assicurazioni sanitarie e degli altri fondi integrativi cd *“non DOC”* , quali ad es *enti, casse mutue e società di mutuo soccorso,*  che in base alla normativa di riferimento possono ricorrere a strutture sanitarie autorizzate anche se non accreditate).

**Legislazione applicabile**

**Dlgs 229/99** ( Legge Bindi) e successive integrazioni e modifiche -cfr art 1, art 8 quater e art 9 -

**D.M 31 marzo 2008** ( Decreto Turco) – cfr art 1 comma 2 lettera b) e art 2 -

**D.M. 27 ottobre 2009** (Decreto Sacconi ) -cfr art. 2 comma 2 lettera b) -

**D.M. 9 dicembre 20015** ( Decreto Lorenzin) – cfr art3 allegato 3

**Regime fiscale applicabile**

**DPR n° 917 / 1986** ( TUIR – Testo Unico Imposte sul Reddito) - cfr art. 10 comma 1 lettera e-ter -

**Legge 24 dicembre 2007 n° 244 (** Legge Finanziaria 2008) - cfr art 1 comma 197 lettera a) -

**Legge di stabilità 2016** **n°** **208/2015** (cfr art 1 co.190) –

**Legge di stabilità 2017 n° 232/2016**

**Legge di stabilità 2018 n° 205/2017**

**Circolare Agenzia Entrate n° 28/E del 27/12/2017**

**SEZIONE A) : PREMESSA**

A.1 Il *SSN- Servizio Sanitario Nazionale* è il complesso delle funzioni e delle attivita' assistenziali dei SSR- Servizi Sanitari Regionali e delle altre funzioni e attivita' svolte dagli enti ed istituzioni di rilievo nazionale per la tutela della salute, intesa come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettivita', nel rispetto della dignita' e della liberta' della persona umana ( cfr art 1 comma 1 del D.lgs 229/99).

A.2 DentalWelfare è un *“Fondo Integrativo del SSN”* iscritto all'anagrafe dei Fondi Sanitari Integrativi (SIAF) presso il Ministero della Salute ai sensi della normativa vigente (Fondo Integrativo del SSN di tipo A/SIAF).

A.3 DentalWelfare è un *“Fondo Aperto cd DOC”:* ad esso possono iscriversi in modo volontario tutti i cittadini sia singolarmente oltre che collettivamente in conformità di accordi aziendali, negoziali o sindacali.

A.4 DentalWelfare ha il fine istituzionale e istitutivo di potenziare, compresa la fornitura di dispositivi medici quali ad es protesi, implantoprotesi dentarie e sussidi ortognatodontici, l'erogazione di trattamenti e di prestazioni aggiuntive di assistenza odontoiatrica cd “*ExtraLEA*” (e cioè le prestazioni non rientranti nei LEA- Livelli Essenziali e Uniformi di Assistenza- perché riservate in modo gratuito o con ticket a persone vulnerabili per motivi socioeconomici o sanitari).

A.5 Ai sensi della normativa vigente i trattamenti e le prestazioni aggiuntive extraLEA di assistenza odontoiatrica di cui sopra sono erogabili solo da “*studi o ambulatori accreditati SSN operanti per conto ma non a carico del SSN*” .

A.6 In base al regime tributario vigente la quota di iscrizione annuale e i contributi versati al Fondo DentalWelfare sono considerati dal Fisco *“oneri deducibili al 100%”* fino a un tetto massimo annuale di € 3615,20 fermo restando per l’Iscritto al Fondo di detrarre dall’imposta il 19% delle somme eccedenti il tetto massimo deducibile.

**SEZIONE B) : DEFINIZIONI E TERMINOLOGIA**

**B.1) Accreditamento Odontoiatrico SSN:** si intende il provvedimento amministrativo con il quale una Regione, nel mercato sanitario istituzionalmente regolamentato dal SSN, riconosce a un ambulatorio odontoiatrico privato o a uno studio odontoiatrico privato che ne abbiano fatto richiesta con esito favorevole lo status di *"soggetto autorizzato ad erogare prestazioni odontoiatriche per conto ma non a carico del Servizio Sanitario Nazionale"* avendone accertato il possesso dei requisiti ulteriori a quelli autorizzativi richiesti dalla normativa nazionale e regionale vigenti (cfr art 8 bis comma 3 e art 8 quater del D.lgs 229/99 e normative regionali di riferimento).

**B.2) Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN:** si intende la "*assistenza odontoiatrica* *erogata per conto ma non a carico del Servizio Sanitario Nazionale dai soggetti pubblici e privati autorizzati e/o accreditati SSN* "avente la finalità di potenziare nel SSN l'erogazione di trattamenti e di prestazioni odontoiatriche aggiuntive “*ExtraLEA*” (non comprese nei LEA- Livelli Essenziali di Assistenza ai sensi e per gli effetti dell'art 9 del D.lgs 229/99).

**B.3) DentalWelfare-Fondo Sanitario Integrativo del SSN-:** si intende il *"Fondo"* quale *soggetto committente* l'erogazione di prestazioni *extraLEA* di Assistenza Integrativa Odontoiatrica, compresa la fornitura di DM- Dispositivi Medici (protesi, implantoprotesi e orto), a favore dei propri Iscritti da erogarsi in regime istituzionale di accreditamento SSN presso una struttura odontoiatrica o un odontoiatra accreditato/a SSN e convenzionato/a con il Fondo stesso.

**B.4) Assistito Convenzionato:** è il *soggetto acquirente* *individuale* la Assistenza Integrativa Odontoiatrica SSN per sé o per i suoi familiari a carico, previa sottoscrizione di apposito contratto di adesione e previo regolare versamento della quota di iscrizione annuale al Fondo, rappresentando di fatto vs il Fondo il ruolo statutario di "*Iscritto Beneficiario"* ( l’Assistito Convenzionato è definito anche "*Contraente*" o "*Assistito*" e , nel caso paghi in proprio la Struttura prestazioni o forniture non comprese nei servizi/piani di protezionea cui ha diritto, è definito *"Assistito Pagante"* ).

**B.5) Azienda Convenzionata:** si intende il *soggetto acquirente* *collettivo* la Assistenza Integrativa Odontoiatrica SSN a favore dei propri lavoratori dipendenti e dei loro familiari a carico, previa sottoscrizione da parte della azienda o del datore di lavoro di un contratto di adesione collettiva con DentalWelfare - Fondo Integrativo del SSN – che preveda il versamento di contributi sanitari per la totalità o per una parte del relativo costo dei servizi/piani di protezione erogabili dal Fondo stesso, rappresentando di fatto vs il Fondo il ruolo statutario di "*Fonte Collettiva*".

**B.6)** **Centro Convenzionato:** si intende lo “*studio o ambulatorio odontoiatrico promittente”* la erogazione di prestazioni odontoiatriche previa sottoscrizione di un accordo contrattuale di convenzione con il Fondo. I Centri Convenzionati con il

Fondo devono essere autorizzati e/o accreditati SSN. **Nota Importante**: i Centri Convenzionati autorizzati all’esercizio

odontoiatrico ma non accreditati SSN danno comunque il vantaggio agli Iscritti al Fondo di beneficiare di un esclusivo Tariffario Calmierato DW LAA ( cfr sotto) con detraibilità al 19% della spesa sostenuta in proprio per le prestazioni odontoiatriche ma tali Centri, non essendo accreditati SSN non possono dare il vantaggio di godere dei benefici di deducibilità fiscale al 100% previsti per la assistenza integrativa del SSN (cfr sopra) .

**B.7) Network DentalWelfare:** si intendono i Centri Convenzionati che hanno un accordo contrattuale con il Fondo attraverso il quale lo stesso Fondo stesso, per il soddisfacimento dei suoi scopi e di quelli degli Assistiti Convenzionati, esplicita la sua ragion d'essere, gli standard di servizio richiesti ai Centri Convenzionati in termini di tempistica, criteri di valutazione della qualità e appropriatezza dei trattamenti e delle prestazioni odontoiatriche, le procedure di autorizzazione e di liquidazione dei piani di protezione/piani sanitari, le modalità di reclamo.

**B.8) Vulnerabilità Odontoiatrica ExtraLEA:** si intende la condizione sanitaria e socioeconomica di quei cittadini che in base alla normativa vigente non hanno diritto di accesso ai *LEA-Livelli Essenziali di Assistenza Odontoiatrica erogabili per conto e a carico del SSN* riguardo ai criteri di erogabilità e appropriatezza prescrittiva fissati dal SSN nel D.M. 9/12/2015 ( Decreto Lorenzin) art 3 all. 3 e che quindi sono tenuti a pagarsi in proprio le terapie odontoiatriche

**B.9) Quota Capitaria Odontoiatrica***:* si intende il criterio procapite di finanziamento contributivo volontario per l'Assistenza Integrativa Odontoiatrica predisposto dal Fondo DentalWelfare come *"Quota di iscrizione annuale"* e come *“Contributi Integrativi”* essendo differenziata tale quota capitaria in base al bisogno di salute orale generale o individuale dell'Iscritto Beneficiario al fine di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi o di discriminazione dei contributi da pagare, in virtù dei quali il Fondo stesso eroga a favore dell'Iscritto il Piano Assistenziale Odontoiatrico di cui ha bisogno l'Iscritto stesso e, a parità di bisogno assistenziale e/o di vulnerabilità odontoiatrica extraLEA, assicura a ogni Iscritto Beneficiario l'equità nell'accesso contributivo ai Piani Sanitari (cfr sotto)

**B10) DW LEA Piano di Odontoiatria di Base:**è un piano generale di protezione per la salute orale compreso nella quota di adesione annuale e consiste in un pacchetto integrato di prestazioni offerto dal Fondo DentalWelfare ai suoi Iscritti*,* utile a prevenire, diagnosticare e curare in fase acuta le più comuni patologie infettivo-infiammatorie e traumatiche del cavo orale che corrispondono alle prestazioni più richieste al SSN in base ai più recenti dati ISTAT.

**B.11) DW LIA Piani Odontoiatrici Integrativi:** si intendono i piani individuali di protezione per la salute orale essendo integrativi al piano di odontoiatria di base di cui sopra e consistenti in pacchetti integrati di prestazioni offerti dal Fondo DentalWelfare agli Iscritti che volontariamente e in modo temporaneo vogliano versare contributi integrativi al fine di potenziare, *anche attraverso la fornitura di DM- Dispositivi Medici quali protesi, implantoprotesi dentarie e sussidi ortognatodontici*, l'erogazione di trattamenti e di prestazioni aggiuntive di assistenza odontoiatrica non comprese nei DW LEA

**B.12) DW LAA Tariffario Calmierato:** si intende l'elenco sistematico e completo delle prestazioni odontoiatricheeccedenti il piano di "*Odontoiatria di Base DW LEA*" e i *“ Piani Odontoiatrici DW LIA* e delle rispettive tariffe calmierate concordate con il Centro stesso dal Fondo per la erogazionedi DW *LAA- Livelli Aggiuntivi di Assistenza* a favore dei suoi Iscritti quali *"Assistiti Paganti"* ( Nota Bene: prestazioni e forniture di manufatti rimangono a loro esclusivo carico)

**B.13) Welfare Volontario:** si intende il sistema di servizi/piani di protezione offerti dal Fondo ai suoi Iscritti e ai suoi familiari a carico nel rispetto del combinato disposto di leggi e decreti attuativi in materia a fronte del versamento della quota di iscrizione annuale e, nel caso, di contributi integrativi.

**B.14)** **Welfare Aziendale:** si intende il sistema di servizi/piani di protezione offerti dal Fondo ai suoi Iscritti lavoratori nel rispetto del combinato disposto di leggi e decreti attuativi in materia a fronte del versamento della quota di iscrizione annuale e, nel caso, di contributi integrativi da parte propria o di un datore di lavoro ( ad es una azienda) a favore dei propri dipendenti ( Nota Bene: il Welfare Aziendale è ***“unilaterale”*** se promosso direttamente dal datore di lavoro ovvero è **“*bilaterale”*** se attuato dal datore di lavoro in conformità a disposizioni di legge, di contratto, accordo o regolamento aziendale o a seguito di accordi sindacali inseriti in contratti collettivi aziendali e/o territoriali).

**B.15 DentalWoucher:** si intende la Quota di Iscrizione annuale e/o i Contributi Integrativi versati al Fondo a titolo di Welfare Aziendale da parte di una Azienda o di un datore di lavoro a favore di un suo dipendente

(**Nota Importante**: il Voucher è sempre nominativo e identifica il dipendente lavoratore destinatario che ha diritto alla assistenza integrativa/welfare aziendale come effettivo fruitore)*.*

**B.16) Cartella Clinica Telematica**: si intende la cartella clinica informatizzata e strutturata secondo il modello clinico-organizzativo ed economico-amministrativo del soggetto committente/Fondo per gestire, attraverso una apposita ***"Sistematica Odontoiatrica Standardizzata",*** i rapporti contrattuali con i soggetti acquirenti/Assistiti Convenzionati e con i soggetti promittenti/Centri Convenzionati e assicurare uno stesso standard dei servizi odontoiatrici erogati

(Nota Bene: la *"Sistematica Odontoiatrica Standardizzata"* è finalizzata alla omogenea valutazione per ogni singolo Iscritto della tipologia dei suoi bisogni e quindi dei Piani Assistenziali Odontoiatrici più utili a risolverli nonchè dei relativi Contributi Integrativi necessari, nel rispetto del principio di non adottare strategie e comportamenti di selezione dei rischi e, a parità di bisogno, di garantire a ogni Iscritto la equità all'accesso contributivo per la Assistenza Integrativa Odontoiatrica, compresa la fornitura di protesi e implantoprotesi dentarie e di sussidi ortognatodontici).

**B.17) Referto Odontoiatrico in Accettazione e Consenso Illustrato alla Cura:** si intendono i documenti clinici redatti dal Dentista del Centro Convenzionato e da lui sottoscritti congiuntamente con l'Iscritto inoltrati telematicamente al Fondo quale *"Prescrizione Odontoiatrica"* da parte del Centro Convenzionato per la richiesta del *"Nulla Osta"* da parte del Fondo all'erogazione dei Piani Assistenziali Odontoiatrici svolti nel rispetto della *"Sistematica Odontoiatrica Standardizzata"*

**B.18) Referto Odontoiatrico in Dimissione:** si intende il documento clinico indicante tutte le prestazioni a carico del Fondo effettivamente erogate dal Centro Convenzionato redatto dal Dentista e da lui sottoscritto congiuntamente con l'Assistito

Convenzionato e inoltrato telematicamente al Fondo da parte del Centro Convenzionato stesso ai fini del pagamento e

completa liquidazione della Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN autorizzata dal Fondo stesso .

**B.19) Presa in Carico :** si intende l'insieme di azioni clinico-organizzative che il Centro Convenzionato sotto la sua esclusiva responsabilità mette in atto a favore dell'Assistito Convenzionato per rispondere ai suoi bisogni di Assistenza Integrativa Odontoiatrica, assicurando allo stesso Assistito continuità assistenziale nel tempo e il coinvolgimento delle professionalità necessarie nonchè il rispetto delle tariffe calmierate a favore dell'Assistito Pagante previste nel Tariffario Convenzionato DW LAA qualora il Centro Convenzionato effettui prestazioni odontoiatriche o fornisca manufatti/dispositivi medici eccedenti la Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN autorizzata dal Fondo stesso.

**B.20 ) Rimborso in forma diretta:** si intende il rimborso pagato dal Fondo al Centro Convenzionato (o da gestori abilitati allo scopo da disposizione di legge utilizzati dal Fondo), nel rispetto dei tempi e delle modalità specificate nella Convenzione Odontoiatrica sottoscritta tra le parti e si riferisce al pagamento al Centro Convenzionato dei Piani Sanitari a quota capitaria erogati a favore degli Iscritti, nei limiti di spesa della Assistenza Odontoiatrica Integrativa del SSN autorizzata dal Fondo con *"Nulla Osta*", restando in ogni caso a carico dell'Iscritto ogni eventuale eccedenza di spesa (fiscalmente detraibile al 19% ) per prestazioni o forniture di manufatti protesici, implantoprotesici e ortognatodontici ricevute dal Centro Convenzionato alle condizioni e con le modalità di pagamento tra Assistito Pagante e Centro Convenzionato convenute autonomamente nel rispetto del Tariffario Calmierato DW LAA

**ALLEGATO II)**

**MODULO DI ADESIONE**

**DENTALWELFARE - FONDO SANITARIO INTEGRATIVO DEL SSN –**

**(iscritto all'Anagrafe dei Fondi Sanitari presso il Ministero della Salute)**

**via Giovanni Agnelli 22/24 63900 Fermo (FM) , CF 90062010443 , PEC** [**dentalwelfare@pec.it**](mailto:dentalwelfare@pec.it) **,**

**IBAN IT68G0849169452000130100849**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Dati anagrafici del Contraente*** | |
| Nome | Cognome |
| Data di nascita | Luogo di nascita |
| Sesso 　　 □　Maschio 　□　Femmina | Codice fiscale |
| ***Dati residenza*** | |
| Indirizzo | Numero civico |
| Località | Cap |
| Provincia |  |
| ***Dati recapito postale (se diverso da residenza)*** | |
| Indirizzo | Numero civico |
| Località | Cap |
| Provincia |  |
| ***Dati gestionali*** | |
| Telefono abitazione | Telefono lavoro |
| Telefono cellulare | E-mail |
| ***Nucleo familiare***   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | ***Familiare*** | ***Sesso*** | ***Cognome*** | ***Nome*** | ***Luogo di nascita*** | ***Data nascita*** | ***Codice fiscale*** | | 1 |  |  |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  |  |  |   ***Tipologia di lavoratore*** | |
| X Dipendente del settore privato   * Dipendente del settore pubblico * Pensionato | * Lavoratore autonomo/libero professionista * Altro |
| ***Dati Azienda / Datore di lavoro (per i soli lavoratori dipendenti)*** | |
| Ragione sociale COOSS MARCHE ONLUS S.C.P.A. | P.IVA / C.F. 00459560421 |
| Indirizzo VIA SAFFI | Numero civico 4 |
| Località ANCONA | Cap 60121 |
| Provincia AN | CCNL di applicazione COOPERATIVE SOCIALI |
| Codice IBAN aziendale |  |

***ADESIONE ANNUALE***

***X QUOTA ADESIONE ANNUALE € 15,20 trattenuta dal datore di lavoro in busta paga***

***□　 QUOTA ANNUALE FAMILIARE A CARICO € 15,20***

***CONTRIBUTO INTEGRATIVO VOLONTARIO***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Piano Integrativo*** | ***Contributo*** | ***Contraente*** | ***Familiare 1*** | ***Familiare 2*** | ***Familiare 3*** | ***Familiare 4*** |
| *DW LIA500* | € 500,00 |  |  |  |  |  |
| *DW LIA1000* | € 1000,00 |  |  |  |  |  |
| *DW LIA1500* | € 1500,00 |  |  |  |  |  |
| *DW LIA2000* | € 2000,00 |  |  |  |  |  |
| *DW LIA2500* | € 2500,00 |  |  |  |  |  |
| *DW LIA3000* | € 3000,00 |  |  |  |  |  |
| *DW LIA3600* | € 3600,00 |  |  |  |  |  |
| **Contributo** |  | **Totale €** | **Totale €** | **Totale €** | **Totale €** | **Totale €** |
| **Totale Quote Adesione**  **+**  **Contributi Assistenziali** | € |  |  |  |  |  |

***Modalità Pagamento delle Quote di Adesione annuali e dei Contributi Assistenziali Integrativi***

|  |  |
| --- | --- |
| * Contanti | * Assegno |
| * Bonifico bancario | * Bonifico permanente |
| * Bollettino postale | * MAV |
| X**Trattenuta annuale a carico del sostituto di imposta in busta paga** | * Carta di credito |

* 1. **Il Contraente dichiara di avere presa visione presso il sito web** [**www.dentalwelfare.it**](http://www.dentalwelfare.it) **prima della sottoscrizione del presente modulo di adesione dei seguenti documenti: 1. *Statuto, 2. Regolamento Generale, 3. Sistematica Odontoiatrica Standardizzata 4. Tariffario Calmierato DW LAA, 5. Piano di Odontoiatria di Base DW LEA 6.Piani Odontoiatrici DW LIA 7. Nota Informativa per il Contraente***

**Luogo Data**

**Nominativo del Contraente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma del Contraente x \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Informativa sul trattamento dei dati**

**ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679**

**DENTAL WELFARE Fondo Integrativo del SSN**

**Titolare del trattamento**

La informiamo che ai sensi del Regolamento UE 2016/679 (infra: “**Regolamento**”)in qualità di titolare del trattamento (“**Titolare**”) i suoi Dati Personali saranno trattati da **DENTAL WELFARE – Fondo Integrativo del SSN** di seguito anche denominato “ Fondo”

**Tipi di dati oggetto del trattamento**

Il Titolare tratterà i dati che rientrano nelle definizioni di cui all'art. 4(1) e 9(1) del Regolamento, tra cui rientrano, a titolo esemplificativo e non esaustivo, nome, cognome, il numero di telefono, l’indirizzo e-mail, nonché categorie particolari di dati personali quali i dati relativi allo stato di salute che verranno raccolti nell'espletamento della erogazione della assistenza sanitaria integrativa del SSN a cui è preposto il Fondo, di seguito e complessivamente solo “**Dati Personali**".

**Finalità, base giuridica e natura facoltatività o obbligatoria del trattamento**

I suoi Dati Personali saranno trattati, dietro suo specifico consenso, se necessario, per:

**a)** erogare i servizi del Fondo per la gestione delle attività, anche amministrativo-contabili, connesse all’esecuzione del rapporto tra tutte le parti coinvolte (a titolo esemplificativo e non esaustivo servizio anagrafica per gestione prestazione odontoiatrica, riscontrare specifiche richieste di informazioni, effettuare, se necessario, prescrizioni , consulenze, fornire chiarimenti);

**b)** assolvere eventuali obblighi previsti dalla legge, da un regolamento o dalla normativa comunitaria;

**c)**  comunicare i suoi Dati Personali alle strutture sanitarie convenzionate con il Fondo e , nel caso occorra, al suo medico curante per la esecuzione delle prestazioni sanitarie;

**d)** attività accessoria al fondo quali ad esempio, la rilevazione della qualità del servizio oppure attività promozionale, divulgativa e commerciale, ivi compresa la possibilità di elaborare statistiche e ricerche di mercato, inviarle materiale informativo e promozionale inerente l’attività, i prodotti e i servizi del Titolare.

**e)**  comunicazioni per ricordare o modificare date di appuntamenti fissati in agenda, scadenze contributive.

Nel caso decida di prestare il suo consenso per tale attività, la informiamo che queste potranno svolgersi per mezzo di posta carta cartacea, e mail, contatti telefonici tramite operatore, utilizzo di social network, invio sms o whatsapp. a informiamo, altresì, che in ogni momento potrà decidere di revocare il consenso precedentemente rilasciato per modalità tradizionali o automatizzate comunicandolo al Titolare senza alcuna formalità scrivendo all'indirizzo indicato in calce alla presente informativa. Qualora, in ogni caso, lei desiderasse opporsi al trattamento dei suoi dati per tale finalità eseguita con i mezzi qui indicati, potrà farlo in qualunque momento contattando il Titolare, senza pregiudicare la liceità del trattamento basato sul consenso prestato prima della revoca.

La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera a) è l'art. 6(1)(b) del Regolamento (“*il trattamento è necessario all'esecuzione di un contratto di cui l'interessato è parte o all'esecuzione di misure precontrattuali adottate su richiesta dello stesso*”). Il trattamento delle categorie particolari di dati personali è basato sull'art. 9(2)(h) del Regolamento (“*[…] il trattamento è necessario per finalità di medicina preventiva o di medicina del lavoro, valutazione della capacità lavorativa del dipendente, diagnosi, assistenza o terapia sanitaria o sociale ovvero gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali …*”), oltre che sulle autorizzazioni *pro tempore* vigenti del Garante per la protezione dei dati personali.La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera b) è l'art. 6(1)(c) del Regolamento in quanto il trattamento è necessario per adempiere un obbligo legale al quale è soggetto il Titolare del trattamento. La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera c) è l'art. 6(1)(a) del Regolamento ("*l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità*").

La base giuridica del trattamento per la finalità di cui alla lettera d) è l'art. 6(1)(a) del Regolamento ("*l'interessato ha espresso il consenso al trattamento dei propri dati personali per una o più specifiche finalità*"). Il conferimento dei suoi Dati Personali per le finalità sopra indicate alle lettere a) e b) è facoltativo, ma in difetto non sarà possibile espletare da parte del Fondo la erogazione della assistenza sanitaria integrativa del SSN a cui è preposto. Il conferimento dei suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera c) è altresì facoltativo ma l'eventuale mancato conferimento impedirà da parte della struttura sanitaria l’erogazione dei servizi assistenziali richiesti per conto e a carico del Fondo da Lei richiesti. Il conferimento dei suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera d) è facoltativo e l’eventuale mancato conferimento non impedirà l’espletamento della prestazione e l’erogazione dei servizi richiesti. In relazione a quanto sopra, il trattamento dei suoi Dati Personali avviene mediante strumenti manuali, informatici e telematici comunque idonei a garantire la sicurezza e la riservatezza dei dati stessi.

**Destinatari e trasferimento dei Dati Personali**

I suoi Dati Personali potranno essere condivisi con:- persone fisiche autorizzate dal Titolare al trattamento di dati personali previa sottoscrizione di un accordo di riservatezza (es. dipendenti e/o collaboratori del Titolare); - persone fisiche ( es. studi odontoiatrici, associazioni professionali odontoiatriche) o persone giuridiche ( es. società di capitale, società di professionisti) autorizzate all'esercizio di attività odontoiatrica o sanitaria o sociosanitaria in genere che hanno rapporti contrattuali con il Fondo; - altri fornitori del Fondo quali a a titolo esemplificativo e non esaustivo commercialisti, laboratori odontotecnici e/o altri professionisti o imprese che prestano attività di assistenza e consulenza al Titolare i quali agiscono in qualità di responsabili del trattamento; - soggetti, enti o autorità a cui sia obbligatorio comunicare i suoi Dati Personali in forza di disposizioni di legge, di regolamento o di ordini delle autorità (a titolo esemplificativo e non esaustivo: Agenzia delle Entrate, Sistema Tessera Sanitaria); il suo medico curante, previo rilascio del suo consenso specifico.

Il Titolare non trasferisce i suoi Dati Personali al di fuori dello Spazio Economico Europeo.

**Conservazione dei Dati Personali** I suoi Dati Personali per la finalità di cui alla lettera a) saranno conservati per il tempo necessario per l’esecuzione delle prestazioni dei servizi richiesti nell'ambito della erogazione di assistenza sanitaria integrativa del SSN prevista statutariamente e istitutivamente ai sensi della normativa vigente in tale materia. È fatta salva in ogni caso l’ulteriore conservazione prevista dalla normativa applicabile tra cui quella prevista dall’art. 2946 c.c. I suoi Dati Personali trattati per la finalità di cui alla lettera b) saranno conservati fino al tempo previsto dallo specifico obbligo o norma di legge o provvedimento applicabile. Per la finalità di cui alle lettere c) e d) i suoi Dati Personali saranno invece trattati, come regola generale, fino alla revoca del suo consenso. Pertanto, nel caso in cui receda dai servizi offerti, i Dati Personali potrebbe essere trattati anche successivamente per la finalità di cui alla lettera d) qualora non abbia revocato il suo consenso. È fatta salva in ogni caso la possibilità del Titolare di conservare i suoi Dati Personali per il periodo di tempo previsto e ammesso dalla legge nazionale a tutela dei propri interessi (art. 2946 c.c.). Maggiori informazioni sono disponibili presso il Titolare.

**I suoi diritti** Lei ha il diritto di chiedere al Titolare, in qualunque momento, l’accesso ai suoi Dati Personali, la rettifica o la cancellazione degli stessi o di opporsi al loro trattamento, ha diritto di richiedere la limitazione del trattamento nei casi previsti dall'art. 18 del Regolamento, nonché di ottenere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati che la riguardano, nei casi previsti dall'art. 20 del Regolamento.

Le richieste vanno rivolte per iscritto al Titolare al seguente indirizzo:

Dental Welfare [via Giovanni Agnelli 22/24 63900 Fermo (FM](https://maps.google.com/?q=via+Giovanni+Agnelli+22/24+63900+Fermo+(FM&entry=gmail&source=g)) , CF 90062010443 , PEC [dentalwelfare@pec.it](mailto:dentalwelfare@pec.it)

In ogni caso lei ha sempre diritto di proporre reclamo all'autorità di controllo competente (Garante per la Protezione dei Dati Personali), ai sensi dell’art. 77 del Regolamento, qualora ritenga che il trattamento dei suoi Dati Personali sia contrario alla normativa in vigore.

Letta e compresa l’informativa ex art. 13 del Regolamento 2016/679

**Per le lettere a e b il consenso è implicito**

**☐ Acconsento ☐Non acconsento**

al trattamento dei miei Dati Personali per finalità di cui alla lettera d) ed e)

**☐ Acconsento ☐ Non acconsento**

al trattamento dei miei Dati Personali per le finalità di cui al punto c)

Luogo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognome e Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Io sottoscritto esercente la responsabilità genitoriale ☐ di tutore ☐**

Cognome Nome nato/a in data

residente nel comune di CAP

in via/piazza n° civico

nella qualità di genitore/tutore e come tale legale rappresentante di : Cognome Nome nato/a

in data residente nel comune di CAP Provincia

in via/piazza n° civico

letto e compreso quanto precede, ☐ Acconsento **☐**Non acconsento al trattamento dei suoi Dati Personali per tutte le altre finalità tranne quelle di tipo commerciale

**Luogo Data Cognome e Nome Firma**