

**1) DATI DEL FAMILIARE A CARICO**

Cognome e nome			
Codice fiscale	Sesso (M/F)	Data di nascita	
Comune di nascita			Provincia
Indirizzo di residenza			
Comune di residenza		Cap	Provincia
Indirizzo di recapito (se diverso dalla residenza)			
Comune di recapito		Cap	Provincia

**2) DATI DELL'ASSOCIATO**

Cognome e nome			
Codice fiscale	Sesso	Data di nascita	
Comune di nascita			Provincia

ricevuta la Nota informativa del Fondo pensione Fopen e dopo aver preso visione della stessa, nonché dello statuto di detto fondo pensione

DICHIARO, di aderire al Fondo Pensione FOPEN, impegnandomi ad osservare tutte le disposizioni previste dallo Statuto del Fondo Pensione FOPEN ed a fornire tutti gli elementi utili per la costituzione e l'aggiornamento della mia posizione previdenziale presso il Fondo.

CHIEDO che i contributi versati sulla mia posizione siano investiti nel seguente comparto di investimento:

Monetario: <input type="checkbox"/>	Monetario "Classe Garanzia": <input type="checkbox"/>	Obbligazionario: <input type="checkbox"/>
Bilanciato obbligazionario : <input type="checkbox"/>	Bilanciato: <input type="checkbox"/>	Prevalentemente azionario: <input type="checkbox"/>

**CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI**

Preso visione dell'**informativa** per il trattamento dei dati personali allegata ed ai sensi del Codice in materia di trattamento dei dati personali (D. lgs. 30 giugno 2003, n. 196), acconsento:

- al trattamento dei dati personali comuni e sensibili di cui alla predetta informativa che mi riguardano, trattamento funzionale all'esercizio dell'attività previdenziale complementare;
- alla comunicazione degli stessi dati alle categorie di soggetti indicate al punto 5 della predetta **informativa**, che li possono sottoporre a trattamenti aventi le finalità di cui al punto 3, lett. a) della medesima **informativa**;
- alla comunicazione degli stessi dati a terzi per la fornitura di servizi strumentali al perseguimento dell'attività previdenziale complementare;
- al trasferimento degli stessi dati all'estero (paesi UE e paesi extra UE), nel rispetto della legge, come indicato al punto 5 della predetta **informativa**.

Data \_\_\_\_\_

**Firma del familiare a carico se maggiorenne  
(Firma di chi esercita la potestà genitoriale  
se minorenn)**

\_\_\_\_\_

Il sottoscritto ASSOCIATO dichiara sotto la propria responsabilità:

- Che il familiare i cui dati anagrafici sono riportati al punto 1) è fiscalmente a proprio carico ai sensi delle vigenti disposizioni normative.
- Di accettare integralmente, per la parte di propria competenza, quanto contenuto nel "regolamento per l'adesione dei familiari fiscalmente a carico"

**IMPORTANTE: ALLEGARE ALLA PRESENTE COPIA DELLA CONTABILE DI BONIFICO EFFETTUATO A FAVORE DEL FAMILIARE SECONDO LE MODALITÀ PREVISTE DAL "REGOLAMENTO PER L'ADESIONE DEI FAMILIARI A CARICO" – IN MANCANZA DI TALE DOCUMENTO L'ISCRIZIONE NON SARA' ACCETTATA**

Data \_\_\_\_\_

**Firma dell'associato**

\_\_\_\_\_