

SCHEDA ODONTOIATRICA [mod. 03H]

Gentile Cliente,

affinché il Fondo FASA e UniSalute possano valutare la copertura delle prestazioni odontoiatriche di cui si appresta a richiedere il rimborso, è necessario che il suo medico odontoiatra compili la presente modulistica, nello specifico:

MODULO 1 - SCHEDA ANAMNESTICA: dovrà indicare le patologie e le pregresse riabilitazioni rilevate PRIMA dell'erogazione delle terapie, durante le fasi diagnostiche pre trattamento. Si prega di barrare con una **X** gli elementi o le sedi interessate.

MODULO 2 - DIARIO CLINICO: dovrà riportare le prestazioni effettuate nel piano di trattamento relativo alle fatture presentate a rimborso. Si prega di barrare con una **X** gli elementi o le sedi interessate, riportare l'importo complessivo per tipo di prestazione e le date di esecuzione.

DATI DEL PAZIENTE

COGNOME _____

INDIRIZZO DI RESIDENZA _____

NOME _____

LUOGO E CAP DI RESIDENZA _____

DATA DI NASCITA _____

RECAPITO TELEFONICO* _____

LUOGO DI NASCITA _____

E-MAIL* _____

CODICE FISCALE _____

*Indicando l'indirizzo di posta elettronica si autorizza l'Ente all'invio di comunicazioni tramite e-mail. Indicando il recapito telefonico si autorizza l'Ente all'invio di comunicazioni tramite contatto telefonico.

DATI DELL'ODONTOIATRA

COGNOME _____

LUOGO DI NASCITA _____

NOME _____

CODICE FISCALE _____

DATA DI NASCITA _____

RECAPITO TELEFONICO _____

TIPOLOGIA DI GARANZIA PER LA QUALE SI CHIEDE IL RIMBORSO (barrare con una X)

- IMPIANTI:** allegare alla presente il modulo "mod.01R-D", le fatture, le radiografie originali pre e post trattamento e referti radiologici.
- CURE ODONTOIATRICHE POST INFORTUNIO:** allegare alla presente il modulo "mod.01R-D", le fatture, le radiografie originali e referti radiologici, certificato Pronto Soccorso.
- INTERVENTI ODONTOIATRICI EXTRA RICOVERO:** allegare alla presente il modulo "mod.01R-D", le fatture, la prescrizione medica, le radiografie originali, referti radiologici e ove previsto referti istologici.

Solo per la garanzia degli "Interventi odontoiatrici extra ricovero" specificare la casistica

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adamantinoma | <input type="checkbox"/> Perimplantite che comporti la necessità di rimozione della fixture implantare |
| <input type="checkbox"/> Cisti follicolari | <input type="checkbox"/> Odontoma |
| <input type="checkbox"/> Ascesso dentario in presenza di strumento endodontico nel lume canale | <input type="checkbox"/> Cisti radicolari |

Per il dipendente iscritto

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI – GDPR (Reg. UE 2016/679)

Dopo aver letto e compreso l'informativa allegata, disponibile per esteso sul sito www.fondofasa.it nella sezione "Normativa", in ottemperanza alla vigente normativa in materia di protezione dei dati personali, il/la sottoscritto/a esprime il consenso al trattamento dei propri dati personali anche particolari necessari per le finalità associative indicate nell'informativa.

Cognome e Nome dell'iscritto (in stampatello) _____

CONSENTO NON CONSENTO

In mancanza di tale consenso espresso, il Fondo non potrà dare esecuzione alla richiesta formulata.

Luogo e data _____ Firma del dipendente iscritto _____

La documentazione completa dovrà essere inviata presso la sede operativa del Fondo tramite posta ordinaria o raccomandata.

**INDIRIZZO
SEDE OPERATIVA
FONDO FASA**

Via G.B. Morgagni, 33 - 00161 Roma

MODULO 1 [SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA]

Indicare pregresse riabilitazioni e patologie

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (Barrare con una X i settori interessati)															
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
X	Elemento mancante	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
O	Otturazione	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
D	Devitalizzazione	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
IN	Intarsio	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
RIC	Ricostruzione	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
W	Corona protesica singola	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
F	Fixture	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PF	Elemento di protesi fissa	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
PM	Elemento di protesi mobile	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
P	Perno moncone	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
S	Elemento di scheletrato	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
DP	Dente pilastro	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
C	Carie	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
RA	Residuo radicolare	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
FC	Frattura Coronale	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
ENV	Elemento non vitale	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
EDP	Elemento dolente alla percussione	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
EMP	Elemento in mobilità GRADO +	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
EM1	Elemento in mobilità GRADO 1	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
EM2	Elemento in mobilità GRADO 2	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
EM3	Elemento in mobilità GRADO 3	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
RGM I	Recessione gengivale Classe di MILLER I	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
RGM II	Recessione gengivale Classe di MILLER II	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
		18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

MODULO 1 [SCHEDA ANAMNESTICA ODONTOIATRICA]

Indicare pregresse riabilitazioni e patologie

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (Barrare con una X i settori interessati)															
COR	Cisti (odontogena o radicolare)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
DOA	Difetto osseo angolare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
ERI	Elemento ritenuto OD incluso	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
FR	Frattura radicolare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
CCI	Cura canalare incongrua	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
GP	Granuloma periapicale	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

CODICE	DESCRIZIONE	INDICARE SE PRESENTE
MLCI	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE I	
MLCII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE II	
MLCIII	MALOCCLUSIONE CLASSE DI ANGLE III	
TP	TORUS PALATINO	
TM	TORUS MANDIBOLARE	
FT	FRENULO TECTOLABIALE	
E	EPULIDE (Granuloma a cellule giganti)	
ROO	RIASSORBIMENTO OSSEO ORIZZONTALE	
L	LEUCOPLACHIA	
ESLT	ERITOPLACHIE O SOSPETTE LESIONI TUMORALI	
APMO	ALTRE PATOLOGIE DELLE MUCOSE ORALI	
FRE	FRENULO	
RCGMIII	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER III	
RCGMIV	RECESSIONE GENGIVALE CLASSE DI MILLER IV	

MODULO 2 [DIARIO CLINICO]

Indicare le prestazioni relative alle cure fatturate

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (Barrare con una X i settori interessati)																IMPORTO*	DATA ESECUZIONE
70CC01	Intarsio (inlay, onlay, overlay) oppure faccetta in composito	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC02	Ricostruzione del dente Post trattamento endodontico	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC03	1 ^a Classe di black	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC04	2 ^a Classe di black	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC05	3 ^a Classe di black	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC06	4 ^a Classe di black	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CC07	5 ^a Classe di black	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE01	Trattamento endodontico monocanalare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE02	Trattamento endodontico bicanalare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE03	Trattamento endodontico pluricanalare (3 o più canali)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE05	Ritrattamento endodontico monocanalare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE06	Ritrattamento endodontico bicanalare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CE07	Ritrattamento endodontico pluricanalare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH02	Apicectomia	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH03	Estrazione dentale	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH04	Estrazione di elemento in inclusione parziale o totale	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH05	Rizectomia o Rizotomia	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70CH07	Intervento di chirurgia ortodontica per esposizione di elemento incluso	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70IM01	Posizionamento di fixture implantare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA03N	Bloccaggio interdentale (splintaggio)	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA05N	Chirurgia mucogengivale	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PA06N	Utilizzo di materiali biocompatibili	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF01	Elemento a giacca in resina	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

MODULO 2 [DIARIO CLINICO]

Indicare le prestazioni relative alle cure fatturate

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (Barrare con una X i settori interessati)																IMPORTO*	DATA ESECUZIONE
70PF02	Elemento di Maryland	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF03	Corona/faccetta in ceramica, qualsiasi tipo di materiale di substrato	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF04	Elemento provvisorio in resina o provvisorio armato	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF05	Perno moncone endocanalare o abutment implantare	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF07	Rimozione corone o perni preesistenti	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PF08	Riparazione faccette	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PI04	Sigillatura dei solchi	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PR02	Attacchi di precisione, qualsiasi tipo	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70PR03	Perno con attacco per overdenture	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		
70RA02	Radiografia endorale, analogica o digitale	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28		
		48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		

*Importo senza imposta di bollo

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (Barrare con una X i settori interessati)		IMPORTO*	DATA ESECUZIONE
70CH08	Chirurgia preprotetica	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70CH11	Grande rialzo di seno mascellare con innesto autologo e/o eterologo o apertura del seno mascellare	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA02N	Intervento di chirurgia gengivale con scaling e root planing a cielo aperto	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PA04	Intervento per gengivectomia/gengivoplastica	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		
70PI03	Terapia causale parodontale non chirurgica comprensiva di scalingroot planing e/o applicazione di laser e/o ozono	Emiarcata superiore destra	Emiarcata superiore sinistra		
		Emiarcata inferiore destra	Emiarcata inferiore sinistra		

*Importo senza imposta di bollo

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (Barrare con una X i settori interessati)		IMPORTO*	DATA ESECUZIONE
70PF09	Riabilitazione totale fissa avvitata su impianti (es: toronto o columbus bridge, all on 4, all on 6, ecc.)	Arcata superiore	Arcata inferiore		
70PR04	Protesi parziale rimovibile definitiva	Arcata superiore	Arcata inferiore		
70PR05	Protesi parziale rimovibile provvisoria	Arcata superiore	Arcata inferiore		

*Importo senza imposta di bollo

MODULO 2 [DIARIO CLINICO]

Indicare le prestazioni relative alle cure fatturate

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	SEDE PRESTAZIONE (Barrare con una X i settori interessati)		IMPORTO*	DATA ESECUZIONE
70PR06	Protesi rimovibile totale definitiva	Arcata superiore	Arcata inferiore		
70PR07	Protesi rimovibile totale provvisoria	Arcata superiore	Arcata inferiore		
70PR08	Ribasamento di protesi rimovibile - sistema diretto o indiretto	Arcata superiore	Arcata inferiore		

*Importo senza imposta di bollo

COD	DESCRIZIONE PRESTAZIONE	IMPORTO*	DATA ESECUZIONE
70CH01	Sedazione cosciente (analgesia sedativa)		
70CH06	Intervento di biopsia		
70CH09	Altri interventi di chirurgia orale non precedentemente elencati		
70GN02	Molaggio selettivo		
70GN03	Bite, qualsiasi tipologia		
70OR01	Visita specialistica ortodontica o trattamento delle urgenze ortodontiche		
70OR02N	Terapia ortodontica fissa o invisibile		
70OR06	Terapia ortodontica intercettiva, funzionale o ortopedica		
70OR08	Mantenitore di spazio		
70PA01	Incisione di ascesso		
70PI01	Detartrasi		
70PI02	Fluoroprofilassi topica		
70PR09	Riparazione di protesi rimovibile		
70RA01	Ortopantomografia delle arcate dentarie, analogica o digitale		
70RA03	Teleradiografia, analogica o digitale		
70RA04	TAC Dentalscan		
70VI01	Visita di controllo odontoiatrica o trattamento delle urgenze odontoiatriche		

*Importo senza imposta di bollo

TOTALE

Data _____

Timbro e Firma Odontoiatra

INFORMATIVA PER IL TRATTAMENTO DEI DATI AI SENSI DELL'ART. 13 GDPR (REG. UE 679/2016)

Nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, La informiamo che i dati da Lei forniti, ai sensi della legislazione in vigore, vengono trattati per il fine esclusivo della gestione del rapporto associativo. Il conferimento dei dati è dunque strettamente funzionale all'instaurazione di tale rapporto, il quale senza i dati richiesti potrebbe non essere, in tutto o in parte, eseguito.

I dati saranno trattati con modalità e procedure effettuate anche con l'ausilio di strumenti elettronici necessari per il fine indicato, nel rispetto dei principi di liceità, correttezza e trasparenza.

I suoi dati potranno essere conosciuti solo da soggetti specificatamente autorizzati a trattarli in qualità di responsabili o incaricati, di volta in volta individuati e coinvolti nell'ambito delle rispettive mansioni e comunque in conformità alle istruzioni ricevute.

I suoi dati personali saranno trattati con misure di sicurezza adeguate a ridurre al minimo i rischi di distruzione e/o perdita, accesso non autorizzato e/o illecito trattamento.

I suoi dati non sono soggetti a diffusione.

Per lo svolgimento delle attività connesse al vincolo associativo i suoi dati potranno essere comunicati a soggetti terzi e da questi trattati esclusivamente per le finalità di gestione dei servizi assicurativi e/o di elaborazione ed invio di materiale informativo sulle attività del Fondo.

L'elenco aggiornato dei responsabili e delle società incaricate per l'elaborazione ed invio del materiale informativo, potrà essere da Lei conosciuto facendo specifica richiesta al Fondo.

Per la gestione e copertura delle prestazioni assicurative a cui ha diritto in qualità di associato al Fondo, i suoi dati saranno comunicati e trattati da UniSalute. UniSalute provvederà, nel caso in cui si scelga di accedere direttamente alle prestazioni in Strutture Convenzionate, a comunicare mensilmente al Fondo, tutti i dati riguardanti le prestazioni erogate, tale da consentire al medesimo Fondo la verifica delle prestazioni ed il corretto adempimento del vincolo assicurativo sottoscritto con UniSalute. UniSalute tratterà i suoi dati sulla base della propria informativa, disponibile anche nella sezione *Normativa* del sito www.fondofasa.it.

Il Fondo, inoltre, potrà rivolgersi ad Enti Pubblici ed ai datori di lavoro per verificare la correttezza e la liceità dei trattamenti.

I dati saranno trattati per il tempo strettamente necessario all'espletamento delle prestazioni assicurative richieste e connesse al vincolo associativo.

I dati saranno conservati solo per il tempo necessario alle finalità di legge. Successivamente saranno distrutti i formati cartacei ed ogni supporto informatico/elettronico ove siano contenuti e ove si faccia in qualsiasi modo riferimento ai dati trattati. La verifica sulla obsolescenza dei dati conservati in relazione alle finalità per cui sono stati raccolti viene effettuata periodicamente.

In qualità di interessato ha diritto, in qualunque momento, di ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei medesimi dati presso il Fondo, di conoscerne il contenuto e l'origine, verificarne l'esattezza e richiederne l'integrazione, l'aggiornamento e/o la rettifica; ha inoltre il diritto di chiedere la cancellazione, la trasformazione in forma anonima ed il blocco dei dati qualora trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso, per motivi legittimi, al loro trattamento e di richiedere la portabilità dei dati, di revocare il consenso al trattamento facendo valere questi e gli altri diritti previsti dal GDPR tramite semplice comunicazione al Titolare. L'interessato può proporre reclamo ad un'Autorità di controllo. L'informativa estesa è disponibile sul sito www.fondofasa.it nella sezione Normativa.

Ogni richiesta, segnalazione e/o comunicazione potrà essere inviata al titolare del trattamento o al DPO incaricato, a mezzo mail: dpo@fondofasa.it

Il titolare del trattamento dati è **FONDO FASA** con sede legale in Via G.B. Morgagni, 33 - 00161 Roma
E-mail: amministrazione@fondofasa.it