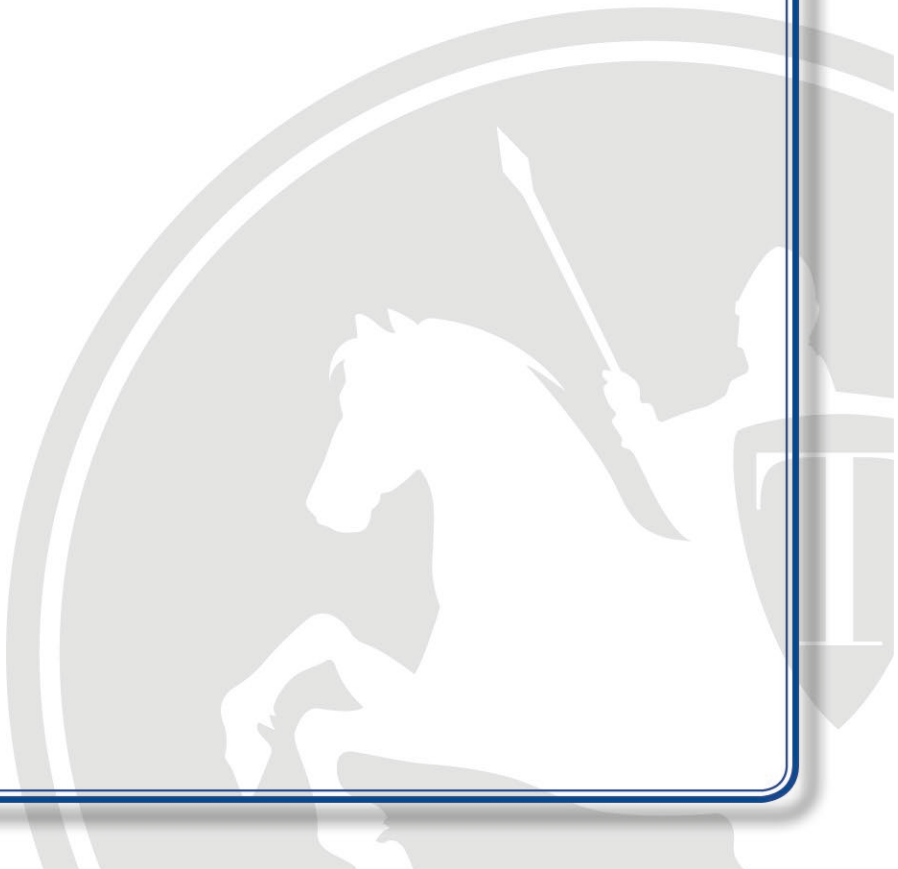
TADDIA®

group

Divisione Sinistri Mortali

modulistica



TADDIA group
Divisione Sinistri Mortali

- MODULO APERTURA PRATICA SINISTRO MORTALE –

CONCORSO DI COLPA *SI* ☐ *NO* ☐ *TRASPORTATO* *SI* ☐ *NO* ☐

- *DATI DECEDUTO*

*Nome*_____ *Cognome*_____

*Indirizzo*_____

Tipo di lavoro: _____

*Denominazione e indirizzo azienda:*_____

_____

Lavoratore dipendente ☐ *Lavoratore autonomo* ☐

Data e luogo sinistro _____

*Veicolo*_____ *Targato*_____

Compagnia assicuratrice _____

- *CONTROPARTE*

*Proprietario*_____

*Conducente*_____

*Veicolo*_____ *Targato*_____

Compagnia assicuratrice _____

- *TESTIMONI*

*Nome*_____ *Cognome*_____

Indirizzo: _____

*Tel.*_____ *@mail*_____

*Nome*_____ *Cognome*_____

Indirizzo: _____

*Tel.*_____ *@mail*_____

*Nome*_____ *Cognome*_____

Indirizzo: _____

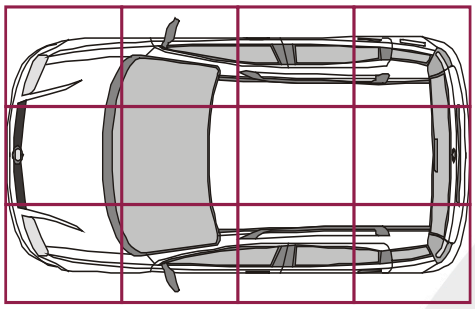
*Tel.*_____ *@mail*_____

- MODULO APERTURA PRATICA SINISTRO MORTALE –

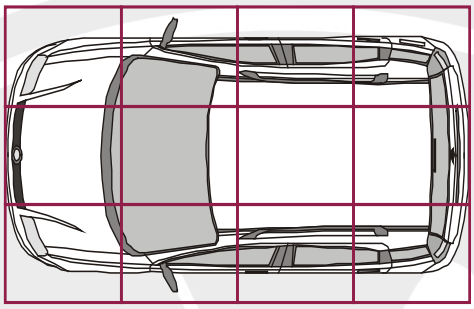
- *Dinamica dell'incidente*

INDICARE DOVE SONO I DANNI:

PUNTI D'URTO VEICOLO ASSICURATO



PUNTI D'URTO VEICOLO CONTROPARTE



*SONO INTERVENUTE LE AUTORITÀ? QUALI?*_____

_____

Immobili di proprietà *SÌ* ☐ *NO* ☐ *Polizze Vita* *SÌ* ☐ *NO* ☐

Polizze infortuni *SÌ* ☐ *NO* ☐ *Polizze sul conto corrente* *SÌ* ☐ *NO* ☐

- MODULO APERTURA PRATICA SINISTRO MORTALE –

- *DATI ANAGRAFICI AVENTI DIRITTO*

CODICI IDENTIFICATIVI EREDI

A - GENITORE	*B - CONIUGE*	*C - FIGLIO*	*D – FRATELLO*	*E – ZIO*
F - CUGINO	*G - NIPOTE*	*H - NONNO*	*I – CONVIVENTE*	*L - AMICO*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

- MODULO APERTURA PRATICA SINISTRO MORTALE –

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

CODICE ☐

Nome e Cognome	*data di nascita*
C.F.	
Indirizzo:	
Tel.	*@mail*

- MODULO APERTURA PRATICA SINISTRO MORTALE –

- 5 -

- *DOCUMENTI ALLEGATI*

Dati relativi all'attività svolta dal defunto e dagli aventi diritto

tutti i documenti sono gestiti dalla nostra azienda nel pieno rispetto del D.Lgs 101/2018 – Reg. UE 2016/679, inerenti la Protezione dei Dati Personali

- *Sostitutivo dell'atto notorio*
- *Certificati necroscopici*
- *Stato di famiglia del defunto*
- *Dichiarazione dei redditi del defunto*
- *Documenti relativi allo stato patrimoniale*
- *Copie dei documenti d'identità validi e dei codici fiscali degli eredi*
- *Certificati di residenza degli eredi*
- *Copie del libretto di circolazione e della polizza RCA dell'autovettura (se il decesso è avvenuto a causa di un sinistro stradale e l'auto è intestata al defunto)*
- *Foto e preventivo per la riparazione dell'auto se disponibili (se il decesso è avvenuto a causa di un sinistro stradale e l'auto è intestata al defunto)*
- *Copia della polizza vita (se esiste)*
- *Elenco di tutte le spese sostenute a seguito dell'incidente (con copie di scontrini, ricevute, fatture etc.)*

*NOTE:*_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

- *SEGNALATORE:*

_____

COSA OFFRIAMO

- ***Assistenza immediata:*** *appena il cliente vi contatterà concorderemo un appuntamento con un nostro incaricato che incontrerà i parenti spiegando ogni cosa*

- ***Anticipo delle spese per il funerale, il loculo e gli adempimenti burocratici:*** *anche a chi non può permetterselo, sarà così garantito un funerale dignitoso (Taddia Group farà in modo che tali spese vengano liquidate dalla Compagnia di assicurazione, cosicché anche alla fine non ricadano sull'assistito)*

- ***Compilazione documenti:*** *elaborazione modello unico da parte degli eredi per conto del defunto, dichiarazione di successione, volture catastali, volture denuncia ICI*

- ***Assistenza in ambito pensionistico,*** *chiusura della pensione del defunto, reversibilità della pensione del defunto, rate maturate e non riscosse della pensione del defunto.*

- ***Visite presso nostri centri medici*** *di fiducia per la corretta quantificazione del trauma psicologico subito dagli eredi*

- ***Nessun anticipo di spese da parte del cliente:*** *le spese per la gestione delle pratiche vengono liquidate direttamente dalla Compagnia di Assicurazione della Controparte*

TADDIA group
Divisione Sinistri Mortali

MANDATO EREDI

Con il presente atto, io / noi sottoscritto/i_____ quale/i erede/i legittimo/i del defunto _____conferisco/iamo incarico e mandato alla Società Secure Refund srl affinché agisca in mio/nostro nome e conto nei confronti della compagnia d'assicurazioni per ottenere il risarcimento di tutti i danni da me/ noi subiti in occasione del sinistro occorso in data _____ al Sig. _____. In particolare, conferisco/iamo ogni più ampio potere alla Secure Refund spa per l'istruzione, la trattazione, la definizione e liquidazione del risarcimento dei danni connessi al sinistro predetto, compreso quello di transigere, di ritirare quietanze ed assegni a noi intestati. E di avvalersi di collaboratori (medici legali, periti, avvocati) e di ogni altro soggetto terzo, ritenuto utile, a proprio insindacabile giudizio, al conseguimento del risarcimento. Prendo/iamo espressamente atto, inoltre, che il presente mandato è a titolo oneroso e che le spettanze da me/noi dovute alla Secure Refund spa, ammonteranno al 10% della sorte risarcitoria riconosciuta, oltre agli onorari corrisposti dalla compagnia , nonché al rimborso delle spese anticipate per nostro conto. Qualora, invece, a causa di dichiarazioni mendaci e non veritiere, ovvero di reticenze e, in particolare, a causa di una eventuale remissione del mandato, non si ottenesse alcun risarcimento, mi/ci impegniamo, in ogni modo, a corrispondere alla Secure Refund spa per l'attività svolta per mio/nostro conto, il pagamento del 10% calcolato sulla presunta liquidazione del danno per come determinata e/ o determinabile in relazione agli usi ed alle prassi assicurative. Riconosco/iamo che per il solo esame ed istruzione della pratica, compresa l'attività di studio e di informativa del cliente, anche nel caso in cui non si dovesse giungere alla definizione della stessa, spetterà alla Secure Refund spa il rimborso delle spese dirette ed indirette, comprese le spese funerarie eventualmente anticipate, oltre ad un compenso forfettario pari a € 1000,00 ad erede. Accetto/iamo inoltre che, in caso di ritiro del mandato, la Secure Refund spa possa trattenere tutta la nostra documentazione fino al pagamento delle spettanze della Stessa. Autorizziamo sin d'ora la Compagnia assicurativa a bonificare direttamente e distrattamente gli onorari del patrocinatore Secure Refund spa sul conto corrente bancario IBAN……. Autorizziamo infine, sin d'ora la Secure Refund spa , conferendoLe quindi anche specifico mandato in tal senso, ad anticipare, parzialmente o integralmente, le spese per il funerale e per il rapporto delle autorità, impegnandoci a rimborsare integralmente le suddette spese a semplice richiesta. All'uopo, dichiariamo di eleggere domicilio presso gli uffici della Secure Refund spa con sede in via del Serrone 62-47890 San Marino. Le spese legali, necessarie ad instaurare eventuali procedimenti giudiziari, sia civili che penali, saranno interamente ed esclusivamente a mio / nostro carico. Qualora l'assicurazione dovesse corrispondere un risarcimento parziale, ovvero ritardi immotivatamente nel corrisponderlo, e la Secure Refund spa, direttamente o indirettamente, mediante il parere di un professionista incaricato, suggerisca o proponga l'azione giudiziaria per il recupero del risarcimento residuo, qualora l'assistito non intenda proseguire in giudizio, si pattuisce che il conferente l'incarico corrisponda alla Secure Refund spa il 10% calcolato sulla presunta liquidazione del danno per come determinata e/ o determinabile in relazione agli usi ed alle prassi assicurative.

Qualora invece, giunga parere negativo dal legale incaricato e/o dalla Secure Refund spa, in merito alla prosecuzione giudiziale della pratica ed il conferente l'incarico, considerata la temerarietà della lite, intenda procedere ugualmente, si pattuisce che tutti gli oneri ed i costi della lite, saranno a suo esclusivo carico.

MANDATO CONFERITO IN

…… ……, lì …… ……

FIRMA _____ *FIRMA* _____

FIRMA _____ *FIRMA* _____

Ai sensi del D.Lgs. n.101/2018 e del Regolamento Europeo 2016/679, inerenti la Protezione dei Dati Personali, il trattamento delle informazioni che La/Vi riguardano, sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua/Vs. riservatezza e i Suoi/Vs. diritti.

In particolare, i "**dati personali appartenenti a particolari categorie**" così come definiti dall'**articolo 9 del Reg. UE 2016/679** ovvero *"dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona",* possono essere oggetto di trattamento dato il consenso scritto ricevuto dall'interessato/dagli interessati attraverso la sottoscrizione del presente mandato.

Ai sensi dell'articolo 13 del Reg. UE 2016/679, Le/Vi forniamo quindi le seguenti informazioni:

TITOLARE DEL TRATTAMENTO: *Secure Refund spa - Via del Serrone 62 - San Marino - 0549990618, segreteria@taddiagroup.it.*

Responsabile Della Protezione dei Dati Personali*: Ing. Paolo Guerrini c/o IGEA CONSULTING S.r.l. con sede in Pisa Via Di Capiteta n. 22 – 56121*

Finalità del Trattamento:

Di tipo contrattuale ed atti a tutelare gli interessi dell'interessato. La raccolta dei dati effettuata presso l'utente finale è necessaria all'espletamento del mandato conferito al Titolare da parte del cliente e raccolto dall'Affiliato TADDIAgroup nella sua qualità di Responsabile Esterno del Trattamento dei dati personali.

Soggetti Responsabili del Trattamento:

- Agenzia affiliata TADDIAgroup di _____ - Via _____ n. _____ - _____ (_____), CAP _____,
- Studi medici / Ambulatori specialistici,
- Studi professionali di consulenza legale,
- Compagnie assicurative degli interessati e soggetti coinvolti,
- Aziende di consulenza per rilevazione statistica,
- Aziende informatiche esterne per la manutenzione e aggiornamento del sistema di gestione SINTAWEB 3.0.
- Studi professionali esterni per gli adempimenti di legge in materia fiscale.

Un elenco più dettagliato dei soggetti incaricati quali Responsabili Esterni del Trattamento dei Dati Personali (Art. 28 Reg. UE 2016/679) è disponibilie a richiesta presso il TITOLARE

Periodo di Conservazione. I dati personali conferiti sono conservati presso il Titolare su archivio digitale protetto per 10 anni. Il

Diritti dell'Interessato (Art. 13 Reg. UE 2016/679 punti 2.b,c,d,e)

Gli Interessati possono esercitare determinati diritti con riferimento ai Dati trattati dal Titolare.

In particolare, l'Interessato ha il diritto di:

- revocare il consenso in ogni momento, con la conseguente cessazione del mandato conferito e conseguenze derivanti da quanto previsto contrattualmente in tale caso,
- opporsi al trattamento dei propri Dati quando il trattamento avviene su una base giuridica diversa dal consenso. L'opposizione renderà naturale il decadimento di ogni rapporto contrattuale tra l'interessato e il titolare.
- accedere ai propri Dati;
- verificare e chiedere la rettificazione dei dati personali conferiti;
- ottenere la limitazione del trattamento. In tal caso il Titolare non tratterà i Dati per alcun altro scopo se non la loro conservazione;
- ottenere la cancellazione o rimozione dei propri Dati Personali in seguito al raggiungimento degli obiettivi del presente mandato conferito dall'interessato al titolare;
- ricevere i propri Dati o farli trasferire ad altro titolare ove tecnicamente fattibile l'Interessato, può ricevere i propri dati in formato strutturato e ottenerne il trasferimento senza ostacoli ad un altro titolare.
- proporre reclamo all'autorità di controllo della protezione dei dati personali competente o agire in sede giudiziale.

Utilizzi di natura diversa dei dati personali raccolti (Art. 13 Reg. UE 2016/679 punto 3)

Qualora il titolare del trattamento nel proseguimento del rapporto con l'interessato intenda trattare ulteriormente i dati personali per una finalità diversa da quella per cui essi sono stati raccolti, prima di tale ulteriore trattamento fornirà all'interessato informazioni in merito a tale diversa finalità e ogni ulteriore informazione pertinente di cui ai paragrafi precedenti.

DICHIARAZIONE DI CONSENSO

In relazione all'informativa di cui sopra, acconsentiamo al trattamento dei ns. dati personali da parte di Secure Refund spa con sede in Via del Serrone 62, 47890 Repubblica di San Marino, dichiarando di avere avuto, in particolare, conoscenza che alcuni dei dati medesimi possono rientrare nel novero dei "dati appartenenti ad alcune categorie particolari" di cui all'articolo 9 del Reg. UE 2016/679. In fede,

_____ _____ _____

_____ _____ _____

TADDIA group
Divisione Sinistri Mortali

MODULO DI RICHIESTA PER RICERCA DI COPERTURE ASSICURATIVE VITA

(da compilare in stampatello leggibile)

Spett.le ANIA
Servizio ricerca coperture assicurative vita
Via di San Nicola da Tolentino, 72
00186 ROMA

Il/La sottoscritto/a _____
*Indirizzo*_____ *Num.*_____
*tel.*_____*E-mail*_____
*Cap*_____*Città*_____*Prov*_____
in qualità di (indicare una delle voci sottoriportate):

☐ *richiedente, come da copia del documento di riconoscimento allegato alla presente;*

☐ *delegato/a del/la richiedente sig/sig.ra*_____*, come da copia del documento di riconoscimento allegato alla presente unitamente a copia del documento di riconoscimento del richiedente e alla delega da quest'ultimo firmata;*

chiede di conoscere se, presso le imprese esercenti il ramo vita, esistano coperture assicurative in cui la persona deceduta di seguito indicata risulti contraente e assicurata e allo stesso tempo il richiedente risulti beneficiario, fornendo a tal fine le seguenti informazioni (in assenza delle quali non sarà possibile procedere alla ricerca):

- *persona deceduta supposta contraente e assicurata (nome/cognome/luogo e data di nascita/cod. fiscale):*
  _____
  _____
- *relazione del richiedente con la persona deceduta supposta contraente e assicurata:*_____
- *motivazione della richiesta:* _____
- *periodo temporale su cui effettuare la ricerca:* _____

recapito presso il quale inviare risposta alla richiesta (se diverso da quello suindicato):
_____

Si unisce alla presente il consenso (del richiedente e, se designato, del delegato) per il trattamento dei dati personali, espresso ai sensi degli artt. 23 e 26 del Codice "privacy" e apposto sull'accluso modulo di informativa.

Distinti saluti.

*Luogo e Data*_____ *FIRMA*_____

TADDIA group
Divisione Sinistri Mortali

MODULO DI DELEGA

Il sottoscritto/a, in qualità di richiedente di "ricerca di coperture assicurative vita", di cui il presente modulo costituisce parte integrante,

DELEGA

il/la sig./sig.ra_____ a presentare all'ANIA, per conto e nell'interesse del richiedente medesimo, formale e specifica richiesta di "ricerca di coperture assicurative vita" mediante l'apposito Modulo predisposto dall'ANIA.

Luogo e data _____

Firma

_____

INFORMATIVA "PRIVACY"

Ai sensi del D.Lgs 101/2018 e dell'art. 13 del Reg. UE 2016/679, informiamo che i dati personali anche appartenenti ad alcune categorie di dati particolari così come definiti all'art. 9 del Reg. UE 2016/679 (ovvero *dati personali che rivelino l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona*) forniti compilando il "Modulo di richiesta per ricerca di coperture assicurative vita" vengono trattati dall'ANIA, in qualità di titolare del trattamento, esclusivamente al fine di fornire all'Utenza il servizio di individuazione, presso le imprese di assicurazione, dell'eventuale esistenza di coperture assicurative vita che possano riguardare il richiedente nei limiti indicati nel predetto "Modulo" (assicurazioni vita di cui una persona deceduta sia contraente e assicurata e il richiedente sia beneficiario).
I suddetti dati sono trattati da soggetti AUTORIZZATI da ANIA, appositamente incaricati, o da Responsabili Esterni del Trattamento dei Dati Personali (art. 28 Reg. UE 2016/679), utilizzando modalità e procedure informatiche e/o manuali volte ad attuare adeguate misure di protezione dei dati personali.
I dati sono comunicati alle imprese esercenti le assicurazioni vita che li tratteranno a loro volta per svolgere la ricerca richiesta; possono inoltre essere comunicati a soggetti terzi per motivi istituzionali (Autorità giudiziaria, Forze dell'ordine, Autorità di vigilanza). I dati non formano oggetto di diffusione.
I dati vengono conservati, per un tempo limitato, solo a fini di documentazione del servizio reso e a fini statistici.

La fornitura dei dati indicati nel "Modulo di richiesta" del predetto servizio è facoltativa, ma ovviamente è condizione indispensabile per poter avviare la ricerca e ricevere le informazioni desiderate.

Il richiedente può esercitare i diritti di cui all'art. 13 del Reg. UE 2016/679, nonché ottenere informazioni più dettagliate, rivolgendosi all'Ufficio "privacy" dell'ANIA, Via di San Nicola da Tolentino, 72 - 00186 Roma (tel: 06-326881; fax: 06-3227135; e-mail: privacy@ania.it).

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Letta l'informativa che precede, consento al trattamento dei dati personali, avendo espressamente compreso la natura dei dati appartenenti a particolari categorie, necessari alla ricerca di coperture assicurative vita da me richiesta, sia da parte dell'ANIA sia da parte di tutti i soggetti che a vario titolo disporranno dei miei dati personali, per le finalità e con le modalità che sono state rappresentate nell'informativa stessa.

Sono consapevole che, in difetto di consenso, l'ANIA non potrà dare corso alle operazioni che lo richiedono, con le conseguenze che mi sono note.

Luogo e data_____ Firma del richiedente_____

Firma dell'eventuale delegato (se designato)

_____

Spett.le

Compagnia Assicurativa

_____

Il Sig. _____ nato a _____ residente in _____

Via _____n. _____C.F. _____ (cedente)

PREMESSO

che il sottoscritto, quale erede legittimo del defunto _____ vanta un diritto di credito nei confronti della Compagnia Assicurativa _____ per il risarcimento delle spese relative alla fornitura del servizio funebre riferibili al sinistro del _____ durante il quale perdeva la vita il Sig. _____.

Tanto premesso, il Sig. _____ dichiara di aver ceduto il suddetto credito alla Società _____, Partita IVA _____, (cessionaria) in persona del legale rappresentante pro tempore, che sottoscrive e attesta tale cessione.

La presente cessione, deve ritenersi comprensiva di ogni potere, diritto ed azione relativi e o connessi al credito rappresentato da tutte le spese relative alla fornitura del servizio funebre e dalle eventuali spese di assistenza giudiziale e legale resesi necessarie per il recupero del suddetto credito.

Credito ceduto complessivamente e definitivamente per la cifra di € _____

cifra lettere _____

Il Sig. _____ garantisce la sussistenza e la validità del suddetto credito, nonché la solvenza del debitore ceduto.

Cedente e cessionario attestano,

Sig. _____ (Cedente) _____ (Cessionaria)

Avv. Angelo Pisarro

Piazza Lorusso n. 6 – 40013 Castel Maggiore (BO)
Via della Tecnica n. 19 – 40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel. 051/6271395 – 051/627/6420
e-mail: avvpisarro@libero.it
avvpisarro@pec.it

ATTO DI NOMINA A DIFENSORE

Proc. Pen. n. _____/__ RGNR – PM Dott. _____

Il sottoscritto _____, nato a _____

il _____, residente in _____ via _____

n. _____, in qualità di parte offesa / indagato nel procedimento penale in oggetto

NOMINA

Quale difensore di fiducia l'Avv. Angelo Pisarro del Foro di Castrovillari, in ogni stato e grado e con ogni più ampia facoltà difensiva, compresa quella di fare istanze ex art 335 c.p.p., richieste di accesso agli atti del procedimento, estrarre copia, richiesta di copia sentenza di condanne e richiesta di ogni ulteriore informazione relativa al procedimento predetto, costituirsi parte civile ed ogni ulteriore facoltà difensiva. Elegge domicilio presso il suo studio sito in San Lazzaro di Savena Via della Tecnica n.19 con espressa revoca di ogni eventuale precedente difensore, **dichiarando di voler essere notiziato delle comunicazioni ex art 408 cpp e 410 cpp,** c via fax allo 051.6276420 oppure agli indirizzi mail avvpisarro@pec.it oppure avvpisarro@libero.it

Con Ossequio

Sig. _____
_____

Per l'Autografia della Firma Avv. Angelo Pisarro

Avv. Angelo Pisarro

Piazza Lorusso n. 6 – 40013 Castel Maggiore (BO)
Via della Tecnica n. 19– 40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel. 051/6271395 – 051/627/6420
e-mail: avvpisarro@libero.it
avvpisarro@pec.it

Avv. Angelo Pisarro

Piazza Lorusso n. 6 – 40013 Castel Maggiore (BO)
Via della Tecnica n. 19– 40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel. 051/6271395 – 051/627/6420
e-mail: avvpisarro@libero.it
avvpisarro@pec.it

PROCURA DELLA REPUBBLICA

PRESSO IL TRIBUNALE DI _____

ATTO DI NOMINA A DIFENSORE

Proc. Pen. n. _____/____ mod. ___- PM Dott. _____

Il sottoscritto _____, C.F._____nato a _____

il _____, residente in _____ alla Via _____ per i fatti di cui in oggetto, in

qualità di parte offesa (_____) ed in quanto erede del de cuius _____

NOMINA

Quale difensore di fiducia l'Avv. Angelo Pisarro del Foro di Castrovillari, in ogni stato e grado e con ogni più ampia facoltà, conferendo procura speciale allo stesso al fine di espletare o proporre integrazioni di indagini, espletare indagini difensive, costituzione di parte civile nel processo penale, chiamare in causa terzi, effettuare accettazione della remissione di querela, opposizioni alla richiesta di rito abbreviato e/o patteggiamento, proposta di applicazione pena su richiesta o rito abbreviato, richiedere e/o opporsi alla archiviazione, nonché qualsivoglia ulteriore facoltà di legge.

Elegge domicilio presso il suo studio sito in San Lazzaro di Savena Via della Tecnica n. 19 con espressa revoca di ogni eventuale precedente difensore, dichiarando di voler ricevere le comunicazioni via fax allo 051.6276420 oppure agli indirizzi mail avvpisarro@pec.it oppure avvpisarro@libero.it

Chiede di essere notiziato ai sensi dell'art 408 c.p.p., nonché della eventuale proroga delle indagini.

Sig. _____

Per l'Autografia della Firma Avv. Angelo Pisarro

Avv. Angelo Pisarro
Piazza Lorusso n. 6 – 40013 Castel Maggiore (BO)
Via della Tecnica n. 19– 40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel. 051/6271395 – 051/627/6420
e-mail: avvpisarro@libero.it
avvpisarro@pec.it

Avv. Angelo Pisarro

Piazza Lorusso n. 6 – 40013 Castel Maggiore (BO)
Via della Tecnica n. 19– 40068 San Lazzaro di Savena (BO)
Tel. 051/6271395 – 051/627/6420
e-mail: avvpisarro@libero.it
avvpisarro@pec.it

Informativa ai sensi dell'art. 13 del Codice in materia di protezione dei dati personali (d. lgs. n. 196/2003)
Ai sensi dell'art. 13 del d.lgs. n. 196/2003 (di seguito Codice), ed in relazione ai dati personali di cui lo Studio dell'AV Angelo Pisarro, VIA Commenda n. 38 San Lazzaro di Savena (bo) PEC avvpisarro@pec.it FAX 0516276420, entrerà in possesso con l'affidamento della Sua pratica, La informiamo di quanto segue:

1. Finalità del trattamento dei dati.
Il trattamento è finalizzato unicamente alla corretta e completa esecuzione dell'incarico professionale ricevuto, sia in ambito giudiziale che in ambito stragiudiziale.
2. Modalità del trattamento dei dati.
a) Il trattamento può essere svolto con o senza l'ausilio di strumenti elettronici o comunque automatizzati;
b) il trattamento è svolto dal titolare e/o dagli incaricati del trattamento.
3. Conferimento dei dati.
Il conferimento di dati personali comuni, sensibili e giudiziari è strettamente necessario ai fini dello svolgimento delle attività di cui al punto 1.
4. Rifiuto di conferimento dei dati.
L'eventuale rifiuto da parte dell'interessato di conferire dati personali nel caso di cui al punto 3 comporta l'impossibilità di adempiere alle attività di cui al punto 1.
5. Comunicazione dei dati.
I dati personali possono venire a conoscenza degli incaricati del trattamento e possono essere comunicati per le finalità di cui al punto 1 a collaboratori esterni, soggetti operanti nel settore giudiziario, alle controparti e relativi difensori, a collegi di arbitri e, in genere, a tutti quei soggetti pubblici e privati cui la comunicazione sia necessaria per il corretto adempimento delle finalità indicate nel punto 1.
Il Trattamento dei dati avverrà anche per le finalità previste dalla normativa vigente in materia di antiriciclaggio.
6. Diffusione dei dati.
I dati personali non sono soggetti a diffusione.
7. Trasferimento dei dati all'estero.
I dati personali possono essere trasferiti verso Paesi dell'Unione Europea e verso Paesi terzi nell'ambito delle finalità di cui al punto 1.
8. Diritti dell'interessato.
L'art. 7 del Codice conferisce all'interessato l'esercizio di specifici diritti, tra cui quello di ottenere dal titolare la conferma dell'esistenza o meno di propri dati personali e la loro messa a disposizione in forma intelligibile; l'interessato ha diritto di avere conoscenza dell'origine dei dati, della finalità e delle modalità del trattamento, della logica applicata al trattamento, degli estremi identificativi del titolare e dei soggetti cui i dati possono essere comunicati; l'interessato ha inoltre diritto di ottenere l'aggiornamento, la rettificazione e l'integrazione dei dati, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione della legge; il titolare ha il diritto di opporsi, per motivi legittimi, al trattamento dei dati salvi i casi di trattamento obbligatorio dei dati espressamente previsti dalle Leggi vigenti .
Si fa presente che anche ai fini della normativa in materia di antiriciclaggio i dati, relativi alle prestazioni rientranti nella predetta disciplina legislativa, verranno in quanto previsto per Legge conservati per dieci anni dall'ultimazione della prestazione.
9. Consenso al trattamento dei dati
Ai sensi dell'art. 23 del Codice della Privacy con l'apposizione della firma in calce ai presenti moduli manifesta il consenso al trattamento dei dati nell'ambito delle finalità e modalità sopra richiamate nei limiti in cui il consenso della S.V. fosse richiesto per Legge.
In particolare esprimo il mio consenso per l'acquisizione dei dati personali; la comunicazione dei dati a terzi così come indicati nella presente informativa. Tale consenso vale fino a revoca scritta da far pervenire tramite raccomandata con ricevuta di ritorno.
10. Titolare del trattamento.
Titolare del trattamento è AVV. Angelo Pisarro. Nato a Castrovillari il 8.1.76, CF PSRNGL76A08C349P , con STUDIO in Via della Tecnica 19 San Lazzaro di Savena.
Per ricevuta comunicazione rilasciato consenso
SI ALLEGA DOCUMENTO DI IDENTITA'

luogo_____, data _____ firma _____

CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI
il/la sottoscritto/a Sig./Sig.ra _____(interessato) nato _____il , residente_____, c.f_____
Essendo stato informato:
dell'identità del titolare del trattamento dei dati
dell'identità del Responsabile della protezione dei dati,
della misura modalità con le quali il trattamento avviene
delle finalità del trattamento cui sono destinati i dati personali del
diritto alla revoca del consenso
Così come indicato dalle lettere a, b, c, d, e, f, h dell'informativa sottoscritta ai sensi dell'art. 13 del Regolamento (UE) 2016/679 con la sottoscrizione del presente modulo

ACCONSENTE

ai sensi e per gli effetti dell'art. 7 e ss. del Regolamento UE 2016/679, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata.
Letto, confermato e sottoscritto
_____, Li
Firma
_____

NOTE