Spett.le CAS.SA.COLF
Via Tagliamento, 29
00198 – ROMA

MODULO DIPENDENTE

ISCRITTO/A

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a il: ___- ___ - _____ Nazione:_____ Cod. Fiscale: _____

Residente in: Via/Piazza _____CAP: _____ Città:_____ Prov: _____

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverso dal proprio): _____

Tel: _____Cell :_____e-mail : _____

altro recapito da poter contattare: _____

DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

(la progressione dei dati è riferita a più rapporti di lavoro instaurati)

1. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO: | | | | | | | | | | |

Datore di lavoro

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale : _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale (ore settimanali _____)

Data assunzione ____ - ____ - _____ data cessazione ____ - ____ - _____

2. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO: | | | | | | | | | | |

Datore di lavoro

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale (ore settimanali _____)

Data assunzione ____ - ____ - _____ data cessazione ____ - ____ - _____

3. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO: | | | | | | | | | | |

Datore di lavoro

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Rapporto di lavoro ☐ tempo pieno ☐ tempo parziale (ore settimanali _____)

Data assunzione ____ - ____ - _____ data cessazione ____ - ____ - _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE *(barrare solo le prestazioni per le quali si richiede l'erogazione)*

☐ Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero **(allegare certificato di ingresso/dimissioni contenente la diagnosi)**

☐ Forme oncologiche **(allegare certificato di ingresso/dimissioni contenente la diagnosi ed esame istologico)**

☐ Indennità giornaliera di convalescenza **(allegare certificato ospedaliero o del medico curante)**

☐ Rimborso delle spese per il pagamento di ticket sanitari **(allegare i ticket contenenti la descrizione della prestazione effettuata)**

☐ Rimborso delle spese sanitarie per il periodo di gravidanza **(allegare ricevute di pagamento)**

☐ Contributo maternità **(allegare certificato di nascita ed il Certificato di attribuzione del codice fiscale del neonato)**

☐ Rimborso delle spese per interventi chirurgici del neonato nel suo primo anno di vita **(allegare spese per interventi chirurgici e/o spese vitto e alloggio dell'accompagnatore, dell'istituto di cura o della struttura alberghiera)**

☐ Rimborso delle spese per noleggio e/o acquisto di materiale riabilitativo **(allegare ricevute di pagamento e prescrizione medica)**

☐ Rimborso delle spese per trattamenti fisioterapici **(allegare ricevute di pagamento e prescrizione medica)**

☐ Indennità per grandi interventi chirurgici in strutture pubbliche **(allegare certificato contenente la diagnosi)**

☐ Contributo oneri funerari **(Certificato di decesso e dichiarazione sostitutiva atto di notorietà degli eredi)**

☐ Allegare i MAV I.N.P.S. **(i 4 trimestri precedenti l'evento per il quale si richiede la prestazione)** comprensivi del codice **F2** che attestino il versamento dei contributi di assistenza contrattuale (Art. 4 - 5 e seguenti);

☐ Copia del documento di identità del dipendente in corso di validità;

NOTE UTILI

- In caso di ricovero ospedaliero avvenuto fuori dal territorio italiano, sarà necessario allegare copia della documentazione in lingua originale e la relativa traduzione libera in lingua italiana;
- La domanda dovrà essere inviata entro 12 mesi dall'evento pena la decadenza;
- Le fotocopie dei documenti devono essere leggibili;
- La compilazione dei moduli deve essere eseguita in stampatello;
- Eventuali incomprensioni dello scritto potranno causare significativi ritardi nell'esame della pratica;
- La modulistica verrà accettata solo se compilata in ogni sua parte, pertanto dovrà essere utilizzata solo per la richiesta di rimborso delle prestazioni.

MODALITA' DI ACCREDITO
(barrare la modalità di accredito desiderata)

☐ **Bonifico su c/c bancario o BANCOPOSTA (NO LIBRETTO POSTALE – NO CARTA PREPAGATA)**

Codice IBAN | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Intestato a: _____

Banca: _____ agenzia di: _____ n°: _____

INFORMAZIONI FORNITE AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (GDPR)

Chi è il titolare del trattamento?	CAS.SA.COLF, in persona del legale rappresentante Lorenzo Gasparrini	Via Tagliamento n. 29, 00198 Roma, tel. 0685358034, email info@cassacolf.it
Chi è il responsabile della protezione dei dati?	Avv. Marco Segatori	Via A. Mordini n. 14, 00195 Roma, tel. 068076812, email dpocassacolf@dpoteam.it, pec marcosegatori@ordineavvocatiroma.org
Chi sono i destinatari?	responsabili esterni del trattamento ed eventuali ulteriori titolari	• strutture di CAS.SA.COLF • enti pubblici e/o privati, società, assicurazioni, associazioni collegate e/o collaterali a CAS.SA.COLF in virtù degli scopi istituzionali e/o partecipativi • amministrazione finanziaria ed enti pubblici • consulenti esterni in materia contabile e fiscale • consulenti legali • revisori contabili provider servizi informatici

Cosa sarà fatto dei tuoi dati personali?		
I dati personali saranno trattati:	**Il trattamento avviene in base a:**	**I dati personali che ti riguardano sono:**
per l'esecuzione e la gestione del rapporto con il socio/iscritto	• attività preordinate al godimento di prestazioni e servizi destinati a lavoratori e datori di lavoro iscritti, e specificamente evasione di richieste di indennità, nonché di rimborso di spese sanitarie • adempimento di attività statutarie • gestione del rapporto dall'instaurazione alla sua definizione	• nome, cognome * • codice fiscale * • luogo e data di nascita * • indirizzo fisico e telematico * • numero di telefono fisso e/o mobile * • derivati dallo stato di famiglia • relativi all'inquadramento ed al luogo lavorativo/azienda ove presti la tua attività lavorativa * • i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato* • la tua adesione a sindacati * • la quota della tua trattenuta sindacale *
per l'archiviazione e la conservazione	• iscrizione per tutta la sua durata • adempimento di obblighi conseguenti al rapporto instaurato	• nome, cognome * • codice fiscale * • indirizzo fisico e telematico* • dati contabili *
per l'invio di comunicazioni di natura promozionale dei servizi/attività di CAS.SA.COLF	• tuo specifico consenso	• nome, cognome * • indirizzo fisico e telematico* • numero di telefono fisso e/o mobile *

per la comunicazione a terzi (enti pubblici e privati, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo) per la promozione	• tuo specifico consenso	• nome, cognome * • indirizzo fisico e telematico* • numero di telefono fisso e/o mobile * • i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*
per la comunicazione a terzi (alle strutture CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo) in dipendenza della gestione di servizi anche connessi al rapporto giuridico e degli obblighi che ne derivano	• adempimento di obblighi discendenti dal rapporto	• nome, cognome * • codice fiscale * • luogo e data di nascita * • indirizzo fisico e telematico* • numero di telefono fisso e/o mobile * • relativi all'inquadramento ed al luogo lavorativo/azienda ove presti la tua attività lavorativa * • i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*
per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica	• adempimento di obblighi discendenti dal rapporto instaurato • legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari	• indirizzo di posta elettronica * • log di accesso piattaforme dedicate *

Quali dati personali che verranno trattati non sono stati ricevuti da te?
Dati anagrafici Dati informatici

Quali sono le fonti presso cui è avvenuta la raccolta dei dati personali che ti riguardano?
altri titolari del trattamento (es. le strutture INPS)
le strutture CAS.SA.COLF, nonché enti, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto societario e partecipativo
elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale
provider servizi informatici

Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque trattati da CAS.SA.COLF indicati con * si intendono necessari e il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per CAS.SA.COLF di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

La CAS.SA.COLF ti informa che puoi esercitare in qualsiasi momento il diritto di reclamo all'Autorità competente e gli altri diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679.

Per maggiori informazioni consulta l'informativa completa sul sito www.cassacolf.it o contattaci al 0685358034.

Prestazione del consenso

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per l'espletamento dei servizi specifici forniti da CAS.SA.COLF
  In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

  ☐ PRESTO IL CONSENSO

  ☐ NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____ Firma _____

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per la comunicazione dei tuoi dati personali anche alle Compagnie di assicurazione convenzionate con CAS.SA.COLF, nei limiti derivanti dalle finalità (erogazione delle prestazioni) per le quali detta comunicazione viene effettuata.
  In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

  ☐ PRESTO IL CONSENSO

  ☐ NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____ Firma _____

- Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità previste ivi compresa la comunicazione a terzi dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi di CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo

  ☐ PRESTO IL CONSENSO

  ☐ NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____ Firma _____