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

MODULO DATORE DI LAVORO (ALLEGATO B)

ISCRITTO/A:		
Cognome:	Nome:	
Nato/a il:Nazione:	Cod. Fiscale:	
Residente in: Via/Piazza	CAP:Città:	Prov:
Tel:Cell :	e-mail :	
	RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO	
(la progressione de	i dati è riferita a più rapporti di lavoro instaurati)	
CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:		
Dipendente		
Cognome:Nome:_	Codice fiscale :	
Rapporto di lavoro tempo pieno	tempo parziale (ore settimanali)	
Data assunzione data cessazione		
2. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:		
Dipendente		
Cognome:Nome:	Codice fiscale:	
Rapporto di lavoro tempo pieno	tempo parziale (ore settimanali)	
Data assunzionedata cessazione	<u>-</u>	
3. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:		
Dipendente		
	_Codice fiscale:	
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)
	Rimborso spese per costo assistente familiare in caso di non autosufficienza permanente del datore di lavoro (allegare questionario (Allegato A) compilato, timbrato e firmato dal medico curante, unitamente alla cartella clinica, certificati specialistici, certificato rilasciato dalla commissione invalidità civile);
	Rimborso spese per costo assistente familiare in caso di maternità della lavoratrice (allegare la documentazione che attesti l'avvenuta assunzione del lavoratore sostituto: lettera di assunzione, denuncia di instaurazione rapporto INPS, prospetti paga e/o ricevute di pagamento bollettino trimestrale INPS);
	Prestazione su responsabilità civile in caso di rivalsa INAIL (Copia della denuncia della rivalsa INAIL);
	Responsabilità civile verso terzi (Copia di tutta la documentazione medica e legale per la quale si richiedono le prestazioni della CAS.SA.COLF);
	Allegare i MAV I.N.P.S. (copia dei 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 datore di lavoro in corso di validità;
	Copia del documento di identità del dipendente in corso di validità;
	NOTE UTILI
•	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.
•	Tutta la documentazione dovrà essere inviata solo a mezzo mail. pratichedatori@cassacolf.it
	MODALITA' DI ACCREDITO
	Bonifico su c/c bancario o BANCOPOSTA (<u>NO LIBRETTO POSTALE</u>)

2

_n°: _____

Banca: ____agenzia di:____

Codice IBAN

Intestato a:

(ALLEGATO A) DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELL'ACCERTAMENTO DELL'INSORGENZA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI	PUNTEGGIO
1° grado	
L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente	
Autonomo	0
2° grado	
L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da	
Bagno	5
3° grado	
L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da	
bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno	10
VESTIRSI E SVESTIRSI	PUNTEGGIO
1° grado	
L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo	0
2° grado	
L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la	
parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi	5
3° grado	
L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore	
del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi	10
ANDARE AL BAGNO E USARLO	PUNTEGGIO
1°grado	
L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte	
di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):	
(1) andare in bagno	
(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi	
(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno	0
2° grado	
L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei	
suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)	5
3° grado	
L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1),	
(2) e (3)	10

SPOSTARSI	PUNTEGGIO
1° grado	
l'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della	
residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi	0
2° grado	
l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale	
solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore	5
3° grado	
l'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale	
solo con l'assistenza di terzi	10
CONTINENZA	PUNTEGGIO
1° grado	
L'Assicurato è completamente continente	0
2° grado	
L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al	
giorno	5
3° grado	
L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici	
come catetere o colostomia	10
NUTRIRSI	PUNTEGGIO
1° grado	
L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande	
e cibi preparati e serviti	0
2° grado	
L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività	
preparatorie:	
• sminuzzare/tagliare cibo	
• sbucciare la frutta	
aprire un contenitore/una scatola	
• versare bevande nel bicchiere	5
3° grado	
L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal	
piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale	10

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO CURANTE

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 Mauro Munari	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 tuaattività 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 tuaattività 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.

Presta	nzione del consenso
le In	hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo modalità sopra previste, per l'espletamento dei servizi specifici forniti da CAS.SA.COLF caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo vore.
	PRESTO IL CONSENSO
	NON PRESTO IL CONSENSO
Luogo	e data Firma
le co eff In	hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo modalità sopra previste, per la comunicazione dei tuoi dati personali anche alle Compagnie di assicurazione convenzionate n CAS.SA.COLF, nei limiti derivanti dalle finalità (erogazione delle prestazioni) per le quali detta comunicazione viene rettuata. caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo vore.
	PRESTO IL CONSENSO
	NON PRESTO IL CONSENSO
Luogo	e data Firma
tra co	hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al attamento, secondo le modalità previste ivi compresa la comunicazione a terzi dei tuoi dati personali per l'invio di municazioni di carattere promozionale dei servizi di CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, sociazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo
	PRESTO IL CONSENSO
	NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data

Firma_