

MODULO RICHIESTA AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

01. DATI ANAGRAFICI DEL RICHIEDENTE

Nome _____ Cognome _____

Luogo di nascita _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

Nazionalità _____ Codice Fiscale _____

Indirizzo Recapito Postale _____ N° _____

Comune _____ Cap _____ Provincia _____

Sesso M F Telefono Cel _____ E-mail _____
Obbligatorio **Obbligatorio** - per ricevere notifiche sulla presente richiesta e altre comunicazioni
No PEC

Dipendente dell'agenzia per il lavoro _____

Contratto di lavoro in somministrazione Tempo determinato Tempo indeterminato Apprendistato
 comprese tutte le proroghe

Data inizio rapp. di lavoro ____ / ____ / ____ Data fine rapp. di lavoro ____ / ____ / ____

Totale importo preventivo _____

02. DATI FAMILIARI

solo in caso di rimborso per familiari a carico

Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____
Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____
Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____
Nome _____	Cognome _____	Codice Fiscale _____

03. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Bonifico Bancario Bonifico Domiciliato

Paese 2 lettere	CIN EUR 2 numeri	CIN 1 lettera	ABI – 5 numeri	CAB – 5 numeri	NUMERO CONTO C/C – 12 numeri

Attenzione: In caso di bonifico domiciliato il lavoratore non riceverà alcun assegno a casa ma dovrà ritirare i soldi presso un qualsiasi ufficio postale entro e non oltre **30 gg** dal pagamento di cui sarà data comunicazione.

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

ALLEGATO 1

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

INFORMATIVA

(Data di aggiornamento dell'informativa: 25/05/2018)

Prima di procedere al trattamento dei Suoi dati, le sottoponiamo l'informativa Privacy prevista da Ebitemp, necessaria per la tutela dei Suoi dati personali, secondo quanto previsto dalla normativa in materia.

Le informazioni di seguito riportate le saranno utili per comprendere:

- ✓ quali sono i soggetti che trattano i suoi dati e come contattarli;
- ✓ come vengono analizzati i Suoi dati e per quale motivo;

CONTATTI UTILI

Ebitemp è l'Ente che tratta i suoi dati e ai fini di Legge, è considerata Titolare del trattamento dei dati. In tale veste essa è responsabile di garantire l'applicazione delle misure organizzative e tecniche necessarie e adeguate alla protezione dei Suoi dati. La sede dell'Ente è in Roma – Corso Vittorio Emanuele II, 269, 00186. Telefono: 06-68301506

Inoltre, l'Ente ha nominato il Responsabile alla Protezione dei Dati incaricato di garantire il rispetto delle norme per la tutela della Sua Privacy, contattabile per questioni inerenti il trattamento dei Suoi dati, ai seguenti recapiti (Roma – Corso Vittorio Emanuele II, 269, 00186. Telefono: 06-68301506 - ebitemp@ebitemp.it). Maggiori informazioni sui Suoi diritti sono disponibili nel paragrafo denominato i Suoi diritti riportato nel seguito.

INFORMAZIONI SUL TRATTAMENTO

Le precisiamo che tutti i dati personali che Lei ci fornirà saranno trattati in conformità alla vigente normativa in materia di privacy, pertanto l'Ente si impegna a trattarli secondo principi di correttezza, liceità, trasparenza, nel rispetto delle finalità di seguito indicate, raccogliendoli nella misura necessaria ed esatta per il trattamento, utilizzandoli solo da personali allo scopo autorizzato e formato ed al fine di garantirLe la necessaria riservatezza delle informazioni fornite.

In particolare, l'Ente, raccoglie, registra, consulta e in generale tratta i suoi dati anagrafici e identificativi, con particolare riferimento ai dati idonei a rivelare il Suo stato di salute, esclusivamente necessari all'esecuzione delle finalità previste dalla presente informativa. Il trattamento riguarderà sia i dati forniti contestualmente alla sottoscrizione della presente autorizzazione sia i dati che dovessero essere ulteriormente richiesti da Ebitemp per consentire il perseguimento delle finalità indicate nella presente informativa.

In particolare, l'Ente potrà usare i suoi dati per:

assolvere disposizioni di legge sia in materia civilistica che fiscale, di normativa comunitaria, nonché di norme, codici o procedure approvati da Autorità e altre Istituzioni competenti (ad es.: accertamenti fiscali e tributari, antiriciclaggio);
consentire la corretta gestione normativa, tecnica ed economica del rapporto contrattuale;
far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, nonché in sede amministrativa o nelle procedure di arbitrato e di conciliazione nei casi previsti dalle leggi, dalla normativa dell'Unione europea, dai regolamenti.

Il trattamento dei dati su indicati è necessario per:

- consentirLe l'accesso alle prestazioni erogate da Ebitemp;
- consentire ad Ebitemp il perseguimento degli scopi statistici;
- consentire ad Ebitemp l'invio a mezzo mail di materiale informativo e promozionale in relazione ad attività ed argomenti di interesse comunque connessi al lavoro temporaneo;

Il suo rifiuto renderà impossibile il conseguimento delle finalità indicate al punto 1) e, in particolar modo, l'impossibilità di garantire l'erogazione delle prestazioni fornite da Ebitemp.

Periodo di conservazione dei Suoi dati

L'Ente conserverà i suoi dati per il periodo necessario al raggiungimento delle finalità indicate nella presente informativa ed in seguito per il periodo di 10 anni (termine oltre il quale saranno prescritti i diritti sorti dal contratto).

Trasferimento e accesso ai suoi dati

L'Ente - senza che sia necessario richiedere il Suo consenso - può comunicare i suoi dati personali ad una categoria di soggetti meglio indicati qui di seguito, quali ad esempio:

Go Project S.r.l., con sede in Roma, alla via Alessandria, 88, che oggi gestisce per conto di Ebitemp i servizi di preparazione e invio del materiale informativo e promozionale;
Italian Moving Network Inc., con sede in Roma alla via Oreste Ranalletti, 61/63, che oggi gestisce per conto di Ebitemp il servizio di archiviazione dei dati raccolti;
Bucap S.p.A, con sede in Monterotondo Scalo (RM) alla via E. Ramarini 7, che oggi gestisce per conto di Ebitemp il servizio di archiviazione dei dati raccolti;
Cassa Mutualistica Interaziendale, con sede in Milano, al viale San Gimignano 30\32 che gestisce per conto di Ebitemp la prestazione Tutela Sanitaria;
Forma.temp, con sede in Roma, Piazza Barberini, 52;
INAIL, con sede in Roma, al P.le Pastore, 6;
INPS, con sede in Roma alla via Ciro il Grande, 21;
Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, con sede in Roma, alla via Veneto, 56 ed alle APL iscritte nell'albo informatico del Ministero;
enti pubblici e/o enti previdenziali e/o Agenzie per il Lavoro e/o a società terze e/o università e/o fondazioni che, nel trattare i dati raccolti in forma aggregata ed anonima, gestiscono per conto di Ebitemp le attività necessarie al conseguimento degli scopi statistici;
soggetti terzi che svolgono attività in outsourcing per conto del Titolare, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento;
Autorità giudiziarie, Società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, nonché a quei soggetti ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge. Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

ALLEGATO 1

INFORMATIVA E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

I SUOI DIRITTI

Con riferimento ai dati trattati l'Ente le garantisce la possibilità di:

- ✓ ottenere la conferma dell'esistenza o meno dei dati personali che La riguardano e la loro copia in forma intelligibile;
- ✓ ottenere l'aggiornamento, la rettificazione o l'integrazione dei Suoi dati;
- ✓ richiedere la cancellazione dei propri dati, nei termini consentiti dalla normativa, oppure chiedere che siano anonimizzati;
- ✓ opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che La riguardano;
- ✓ limitare il trattamento, in caso di violazione, richiesta di rettifica o opposizione;
- ✓ chiedere la portabilità dei dati trattati elettronicamente, forniti sulla base di consenso o contratto;
- ✓ revocare il consenso al trattamento dei suoi dati, qualora previsto.

A tal scopo, l'Ente ha previsto sul sito internet una specifica sezione in cui può scaricare i moduli da inviare via e-mail al seguente indirizzo: dpo@ebitemp.it. Diversamente potrà presentarsi allo sportello o trasmetterlo attraverso raccomandata postale.

La informiamo che l'Ente si impegna a rispondere alle sue richieste entro il termine di un mese, salvo caso di particolare complessità, per cui potrebbe impiegare massimo 3 mesi. In ogni caso, l'Ente provvederà a spiegarle il motivo dell'attesa entro un mese dalla sua richiesta.

L'esito della sua richiesta le verrà fornito per iscritto o su formato elettronico. Nel caso lei chieda la rettifica, la cancellazione nonché la limitazione del trattamento, l'Ente si impegna a comunicare gli esiti delle sue richieste a ciascuno dei destinatari dei suoi dati, salvo che ciò risulti impossibile o implichi uno sforzo sproporzionato.

Si ricorda che la revoca del consenso, non pregiudica la liceità del trattamento basata sul consenso prima della revoca.

L'Ente specifica che le potrà essere richiesto un eventuale contributo qualora le sue domande risultino manifestamente infondate, eccessive o ripetitive, a tal proposito l'Ente si è dotata di un registro per tracciare le sue richieste di intervento.

CONSENSO

Il sottoscritto/a _____ nato a _____

il ____ / ____ / ____ (c.f. _____)

acquisite le informazioni fornite dal Titolare del trattamento ai sensi della normativa pro tempore vigente in materia di tutela e protezione dei dati e del Regolamento UE 679/2016 e consapevole che il trattamento riguarderà anche i dati particolari di cui all'art. 9 del Regolamento 679/2016, con particolare riferimento ai dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato,

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

al trattamento dei propri dati, con particolare riferimento ai dati idonei a rivelare lo stato di salute dell'interessato, necessari allo svolgimento delle operazioni indicate nell'informativa;

Data ____ / ____ / ____ Luogo _____ Firma _____

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

all'utilizzo dell'indirizzo mail comunicato nel modulo di richiesta per comunicare l'esito della domanda allegata, e a inserire tale indirizzo mail nel proprio database per eventuali avvisi e comunicazioni di carattere informativo sulle attività dell'Ente (è data comunque facoltà di richiedere a Ebitemp, in qualsiasi momento, la cancellazione della mail dal database, inviandone richiesta scritta).

Data ____ / ____ / ____ Luogo _____ Firma _____

ACCONSENTE NON ACCONSENTE

alla comunicazione dei propri dati, sia personali che particolari, ai soggetti ed alle categorie di soggetti indicati nell'informativa,

Data ____ / ____ / ____ Luogo _____ Firma _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/VARIAZIONE FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

01. DA COMPILARE SOLO IN CASO DI RIMBORSO PER FAMILIARI A CARICO

Io sottoscritto/a _____

Nato/a a _____ Il _____ / _____ / _____

Residente a _____ Via _____ N° _____

Consapevole delle sanzioni penali previste per il caso di dichiarazione mendace, così come stabilito dall'art.76 D.P.R. n. 445/2000

DICHIARO

che per l'anno _____

Il mio nucleo familiare a carico fiscalmente (sono considerati a carico fiscalmente i familiari che nell'anno in corso non possiedono redditi propri superiori a 2.840.51 euro) è composto, oltre che da me, dalle seguenti persone:

PARENTELA	NOME	COGNOME	DATA NASCITA	CODICE FISCALE	FISCALMENTE A CARICO
Coniuge					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%
Figlio/a					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%

Dichiaro inoltre di essere consapevole che Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale hanno la facoltà di richiedere in visione la documentazione relativa allo stato di famiglia ed al reddito del familiare per il quale è richiesto il rimborso e, qualora la suddetta certificazione non risultasse veritiera, la Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale, hanno diritto ad ogni azione disciplinare prevista dallo Statuto/Regolamento, al recupero delle somme erogate ed al risarcimento dell'eventuale danno.

Luogo _____ Data _____ / _____ / _____ Firma _____

AVVERTENZE: Ai sensi dell'articolo 75 D.P.R. n. 445/2000, se a seguito di controllo emerge la non veridicità del contenuto della dichiarazione, il dichiarante decade dai benefici eventualmente prodotti dal provvedimento emanato sulla base della dichiarazione non veritiera.

Chiunque rilascia dichiarazioni mendaci, forma atti falsi e ne fa uso, è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia. L'esibizione di un atto contenente dati non più rispondenti a verità equivale ad uso di atto falso. Le dichiarazioni sostitutive sono considerate come fatte a Pubblico Ufficiale. Informativa ai sensi dell'art. 10 della legge 675/96: i dati sopra riportati sono prescritti dalle disposizioni vigenti ai fini del procedimento per i quali sono richiesti e verranno utilizzati esclusivamente per tale scopo.

Manifestazione del consenso per i familiari a carico ai sensi del D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196 (Privacy) ...Io sottoscritt... dichiara di essere stato messo a conoscenza delle informazioni di cui all'art. 13 del D.Lgs n.196/2003 e con la presente esprime liberamente il consenso, ai sensi degli artt. 23, 24, 26 del D.Lgs. n. 196/2003, alla comunicazione dei dati personali e sensibili dei propri familiari ai soggetti indicati alla elaborazione dei dati finalizzati esclusivamente alla elaborazione dei rimborsi, dichiarando di essere a conoscenza dei diritti riconosciutigli dall'art. 7 del D. Lgs. citato.

Luogo, data e firma del richiedente per gli assistiti minorenni

Luogo _____ Data _____ / _____ / _____ Firma _____

Manifestazione del consenso degli assistiti maggiorenni:

Nome _____ Cognome _____ Firma _____

Nome _____ Cognome _____ Firma _____

Nome _____ Cognome _____ Firma _____

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Il presente modulo deve essere compilato dal medico odontoiatra che deve apporre proprio timbro e firma su tutte le pagine del modulo stesso.

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

La data di inizio per le cure in oggetto del presente preventivo è prevista per il giorno* _____

*(campo obbligatorio, la non compilazione comporterà il rigetto della domanda di autorizzazione).

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
CHIRURGIA DENTALE				
Estrazione per dente				
CONSERVATIVA				
Otturazione qualsiasi classe o materiale, ricostruzione diretta con perno di qualsiasi materiale (non associabile ad altra otturazione)				
Intarsio				
ENDODONZIA				
Cura canalare completa (compresa qualsiasi tipo di otturazione, compresi ritrattamenti), compresa ricostruzione coronale pre-endodontica, comprese RX endorali (per dente)				

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	-------------------------------	------------------	--------

IMPLANTOLOGIA

Impianti osteo-integrati				
Intervento di rialzo del seno mascellare o ampliamento orizzontale e/o verticale di cresta alveolare (qualsiasi tecnica, trattamento completo) con prelievo di osso autologo intraorale ed innesto e/o inserimento di qualsiasi materiale da innesto – Intervento ambulatoriale (per emiarcata)				

PROTESI FISSE

Perno moncone su dente naturale				
Corona provvisoria (per dente o impianto)				
Corona definitiva (per dente) qualsiasi tipo qualsiasi materiale				

PROTESI MOBILI

Apparecchio scheletrato (struttura LNP o LP, comprensivo di elementi, per arcata)				
Protesi parziale rimovibile provvisoria, comprensivo di ganci ed elementi, per arcata				
Protesi removibile su impianti compresi barra e attacchi per arcata				
Protesi totale con denti in resina o ceramica, per arcata				
Protesi totale immediata, per arcata e per anno				

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Studio odontoiatrico (inserire timbro e firma dello studio odontoiatrico) _____

PRESTAZIONE	UNITÀ	DENTI OGGETTO DEL TRATTAMENTO	TARIFFA UNITARIA	TOTALE
-------------	-------	-------------------------------	------------------	--------

GNATOLOGIA

Placca diagnostica o ortotico o bite				
--------------------------------------	--	--	--	--

ORTODONZIA

Trattamento di malocclusioni dentali e scheletriche di qualsiasi classe con apparecchiature rimovibili e/o funzionali o fisse vestibolari o fisse linguali o invisibili con mascherine o apparecchiature di contenzione (qualsiasi tecnica – per arcata e per anno di cura)				
---	--	--	--	--

ALTRE PRESTAZIONI

MODULO PREVENTIVO AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

ANAMNESI DEL PAZIENTE ALLA PRIMA VISITA

Rappresentare la situazione rilevata al momento della prima visita (utilizzare scheda e legenda sottostanti)

Non indicare le prestazioni oggetto di questo preventivo

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	

Legenda

X= DENTE MANCANTE;
O=OTTURAZIONE;
C=CORONA O ELEMENTO DI PONTE (QUALSIASI MATERIALE DENTE O IMPIANTO);
I=IMPIANTO;
INT= INTARSIO;
D=DEVITALIZZAZIONE;
RIC=RICOSTRUZIONE CON PERNO

Data ____/____/____

Timbro e firma odontoiatra _____

Norme e allegati

AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

NORME E MODALITÀ RILASCIO AUTORIZZAZIONE

- Il presente modulo di autorizzazione deve essere corredato da ortopantomografia pre-trattamento nel caso in cui l'importo totale del preventivo superi 300 €. Il costo dell'ortopantomografia sarà rimborsato dal Fondo con un massimale di 30 €.
- Eventuali variazioni del piano di cure dovranno essere tempestivamente comunicate e dovranno essere autorizzate ai fini dell'attivazione dell'assistenza.
- Entro 3 giorni lavorativi dalla ricezione di questo modulo le verrà rilasciata tramite e-mail l'autorizzazione all'assistenza ovvero il diniego motivato o la richiesta di eventuale documentazione mancante.
- Ricordarsi di indicare nel modulo il proprio indirizzo mail (no PEC).
- L'autorizzazione conterrà l'indicazione dei documenti necessari per effettuare la richiesta di rimborso nonché l'importo massimo rimborsabile.
- L'autorizzazione di cure riferite a preventivi di importo inferiore a € 300 potrà essere rilasciata esclusivamente trascorsi sei mesi dalla data della precedente autorizzazione.
- Non potranno essere in nessun caso rimborsate prestazioni non autorizzate in precedenza.
- L'autorizzazione conterrà l'indicazione dei documenti necessari per effettuare la richiesta di rimborso nonché l'importo massimo rimborsabile.
- La documentazione inviata non verrà restituita.
- Al fine di garantire l'erogazione della prestazione richiesta, i gestori si riservano il diritto di richiedere all'interessato documentazione ulteriore e diversa rispetto a quella sopra indicata, o la documentazione in originale.

ALLEGATI

AUTORIZZAZIONE SPESE ODONTOIATRICHE/ORTODONTICHE

Le richieste di rimborso possono essere inviate **entro 90 giorni** dal pagamento delle prestazioni tramite
Raccomandata con ricevuta di ritorno all'indirizzo:

Ebitemp C/O Cassa Mutualistica Interaziendale - Viale San Gimignano, 30/32 – 20146 Milano

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- ✘ Modulo preventivo corredato di scheda visita con timbro e firma del medico odontoiatra/ortodontista;
- ✘ In caso di cure ortodontiche allegare il referto dello studio del caso ortodontico, con timbro e firma del medico ortodontista, contenente la descrizione in dettaglio del trattamento da eseguire, la tecnica da utilizzare, la durata prevista del trattamento e la data di inizio della cura.
- ✘ Per i lavoratori con contratto di somministrazione a tempo determinato: copia dei contratti ed eventuali proroghe;
- ✘ Per i lavoratori con contratto di somministrazione a tempo indeterminato: copia del contratto, lettere di assegnazione ed eventuali proroghe;
- ✘ Autorizzazione al trattamento dei dati personali (**allegato 1**);
- ✘ Copia della più recente busta paga percepita;
- ✘ Fotocopia codice fiscale e documento d'identità;

In caso di richiesta di rimborso per familiare fiscalmente a carico, allegare in aggiunta:

- ✘ Dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari fiscalmente a carico
- ✘ Codice fiscale del paziente/familiare

ATTENZIONE

Ricordarsi di indicare nel modulo il proprio indirizzo mail (no PEC). Il lavoratore riceverà via mail le comunicazioni relative alla propria richiesta di rimborso (esito, sospensione, richiesta eventuali integrazioni, avviso di pagamento).

La documentazione inviata alla Cassa Mutualistica Interaziendale non verrà restituita.

Al fine di garantire l'erogazione della prestazione richiesta, Ebitemp e/o la Cassa Mutualistica Interaziendale si riservano il diritto di richiedere all'interessato documentazione ulteriore e diversa rispetto a quella sopra indicata, o la documentazione in originale.

Ricordiamo che l'importo delle spese sanitarie oggetto di rimborso non potrà essere portato in detrazione in sede di dichiarazione dei redditi, secondo quanto previsto dalla normativa vigente.