

MODULO DENUNCIA INFORTUNI

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 _____ E-mail _____
Obbligatoria - verrà utilizzata per le comunicazioni

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 ____ / ____ / ____

02. ESTREMI DEL SINISTRO

L'infortunio è avvenuto: sul luogo del lavoro in itinere

Data e ora sinistro ____ / ____ / ____ : ____ Luogo _____ Provincia _____

Nome impresa utilizzatrice _____

Descrizione del sinistro _____

03. MODALITÀ DI PAGAMENTO

Indicare iban

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

Attenzione: I pagamenti della prestazione "indennità per infortunio" di Ebitemp possono essere effettuati solo su cc bancario (non sono accettate carte di credito revolving)

Data ____ / ____ / ____ Firma _____

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 Ranelletti, 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 Ciriaco De Mita, 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.

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 DI CESSAZIONE RAPPORTO DI LAVORO

RISERVATO ALL'AGENZIA PER IL LAVORO

Io sottoscritto _____ in qualità di rappresentante dell'Agenzia Per il Lavoro

(nome agenzia) _____ Filiale di _____
città

Via/piazza _____

DICHIARO

che il lavoratore _____
nome e cognome dipendente

nato/a a _____ il _____ c.f. _____

è stato assunto in data _____ In virtù del contratto n. _____

Del _____
giorno

DICHIARO ALTRESÌ

Che detto lavoratore, in infortunio, non è più alle nostre dipendenze a partire dal giorno

Data _____ / _____ / _____

timbro dell'agenzia e firma del delegato rappresentante

Data _____ / _____ / _____

**RISERVATO ALL'INCARICATO DELLO STUDIO LEGALE/PATRONATO/CAF CHE ASSISTE
IL LAVORATORE**

(da compilare solo se in possesso del mandato di rappresentanza firmato, da allegare alla richiesta)

Recapiti: Studio legale Patronato

Denominazione _____

Indirizzo _____

Telefono _____ E-mail _____

Allegare obbligatoriamente mandato di rappresentanza.

Il presente modulo e gli allegati devono essere inviati tramite:

Raccomandata all'indirizzo: EBITEMP - CORSO VITTORIO EMANUELE II, 269 - 00186 ROMA

Posta elettronica certificata all'indirizzo **segreteria@pec.ebitemp.it** la modulistica e gli allegati dovranno essere inviati esclusivamente da un indirizzo di posta certificata (PEC) in formato **PDF**.

DOCUMENTI DA ALLEGARE:

- ✓ Fotocopia di un documento d'identità (Carta di identità o passaporto) e del codice fiscale;
- ✓ Autorizzazione al trattamento dei dati personali (**allegato 1**);
- ✓ Dichiarazione di cessazione del rapporto di lavoro rilasciata dall'agenzia per il lavoro (**allegato 2**);
- ✓ Copia del contratto di prestazione di lavoro in somministrazione e tutte le eventuali proroghe;
- ✓ Primo certificato medico di pronto soccorso/primo certificato Inail;
- ✓ Prospetto di liquidazione e rimborso spese INAIL con indicazione leggibile della chiave gestionale con data non antecedente a 90 giorni;
- ✓ In caso di invalidità permanente - prospetto di liquidazione e rimborso spese INAIL o comunicazione INAIL che certifica il grado di invalidità riconosciuto per infortunio oggetto della richiesta, con indicazione leggibile della chiave gestionale e con data non antecedente 90 giorni.

TEMPISTICA DI INVIO:

Il presente modulo e gli allegati devono essere inviati ad Ebitemp entro e non oltre 90 giorni dalla data del prospetto di liquidazione.

Per il riconoscimento dell'indennizzo richiesto, ogni prospetto di liquidazione e rimborso spese INAIL (sia per inabilità temporanea che per invalidità permanente) deve essere obbligatoriamente inviato ad Ebitemp entro e non oltre 90 giorni dalla data riportata sul prospetto stesso.