

## SCHEDA RICHIESTA RIMBORSO PER RICOVERO A PAGAMENTO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

Nome \_\_\_\_\_ Cognome \_\_\_\_\_  
Luogo di nascita \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Codice Fiscale \_\_\_\_\_

### 01. RESIDENZA

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

#### Domicilio – da compilare solo se diverso dalla Residenza:

Via/Piazza \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Presso \_\_\_\_\_  
Comune \_\_\_\_\_ Cap \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

### 02. RECAPITI

Telefono \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_ Altri recapiti \_\_\_\_\_

**Con la presente il/la sottoscritto/a dichiara la presa visione dell’informativa privacy allegata ai sensi degli artt. 13 e 14 del regolamento UE 679/2016 (Allegato nr. 1)**

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Il/la richiedente, 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,

**ACCONSENTE**  **NON ACCONSENTE**

All'utilizzo dell'indirizzo mail comunicato nel modulo di richiesta per l'invio da parte di Ebitemp di 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).

### 03. COORDINATE BANCARIE (O DI CONTO CORRENTE POSTALE)

Intestatario Conto Corrente \_\_\_\_\_

#### CODICE IBAN (inserire un solo carattere/numero per ogni casella)

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:** sono consentiti pagamenti tramite bonifico domiciliato o carte ricaricabili solo al di sotto della soglia massima di **500 euro**; per importi superiori è necessario un cc bancario.

## ELENCO DOCUMENTAZIONE RICOVERO A PAGAMENTO PER GRANDE INTERVENTO CHIRURGICO

IL PRECEDENTE MODULO E GLI ALLEGATI DEVONO ESSERE INVIATI tramite raccomandata a:  
**CASSA MUTUALISTICA INTERAZIENDALE, VIALE SAN GIAMIGNANO,30/32 - 20146 MILANO**

### Segnare con una crocetta la documentazione allegata:

- Numero copie contratto/i di lavoro spedite \_\_\_\_\_
- Copia busta paga più recente;
- Dichiarazione sostitutiva di certificazione/variazione dei familiari fiscalmente a carico;
- Modulo autorizzazione trattamento dati sensibili debitamente firmato;
- Documentazione che attesti la non disponibilità delle strutture sanitarie pubbliche/accreditate presenti nella Regione di residenza del lavoratore ad effettuare il grande intervento o la presenza di liste di attesa superiori a 30 giorni;
- Copia autorizzazione al ricovero per il grande intervento chirurgico rilasciata dalla Cassa Mutualistica Interaziendale;
- Originale della cartella clinica (se in lingua straniera con traduzione) completa di diario clinico e di anamnesi prossima e remota;
- Originali di ogni fattura di spesa e delle notule mediche relative al ricovero e agli esami pre e post intervento rimasti a carico del lavoratore.

### **N.B.**

Al fine di garantire l'erogazione della prestazione richiesta, la Cassa Mutualistica Interaziendale si riserva 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.

Ebitemp, a tutela dei propri diritti, si riserva ogni facoltà, compresa quella di adire le vie legali, in presenza di dichiarazioni false o documenti contraffatti o comunque in presenza di comportamenti potenzialmente idonei ad integrare gli estremi di un illecito sia civile che penale.

# ALLEGATO 1

## INFORMATIVA PRIVACY EBITEMP

### 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](mailto: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 in forma anonima e aggregata;
- consentire ad Ebitemp, previo consenso espresso, di fornire i Suoi dati inerenti la valutazione del merito creditizio alla banca MPS con cui è in essere l'accordo di collaborazione per la prestazione di apposita fidejussione;

Il trattamento dei dati su indicati è obbligatorio per l'esecuzione del rapporto tra Lei e l'Ente pertanto il suo rifiuto renderà impossibile l'erogazione delle prestazioni fornite da Ebitemp.

Inoltre la Società, solo previo suo consenso libero, specifico, informato ed inequivocabile potrà usare i Suoi dati per l'invio di mail di materiale informativo in relazione ad attività ed argomenti di interesse comunque connessi al lavoro temporaneo.

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

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:

- soggetti terzi che svolgono attività per conto del Titolare, nella loro qualità di responsabili esterni del trattamento;
- autorità giudiziarie, Società di assicurazione per la prestazione di servizi assicurativi, Agenzie per il Lavoro, INAIL, fondi istituiti per la gestione del sostegno al reddito nonché a quei soggetti o enti pubblici ai quali la comunicazione sia obbligatoria per legge. Detti soggetti tratteranno i dati nella loro qualità di autonomi titolari del trattamento.

## ALLEGATO 1

### INFORMATIVA PRIVACY EBITEMP

#### 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](mailto: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.

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/VARIAZIONE FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO

## 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

Indicare l'anno \_\_\_\_\_

che sono fiscalmente a mio carico le seguenti persone (sono considerati a carico fiscalmente i familiari nell'ultima dichiarazione dei redditi presentata non hanno posseduto redditi propri superiori a **2.840,51** euro)

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 la Cassa Mutualistica Interaziendale ha 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 Cassa Mutualistica Interaziendale, ha diritto ad ogni azione disciplinare prevista dallo Statuto/Regolamento, al recupero delle somme erogate ed al risarcimento dell'eventuale danno.

In fede.

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 Regolamento UE 2016/679 GDPR (Privacy)** .../... familiare/i a carico dichiara/no di essere stato/i messi a conoscenza delle informazioni di cui all'art. 13 del Regolamento UE 2016/679 (GDPR) e con la presente esprime/ono liberamente il consenso, ai sensi dell'art. 9, del Regolamento UE 2016/679 (GDPR), alla comunicazione dei propri dati personali e sensibili ai soggetti indicati da Ebitemp alla elaborazione dei dati finalizzati esclusivamente alla elaborazione dei rimborsi, dichiarando di essere a conoscenza dei diritti riconosciuti dagli artt. 15 e ss. del suddetto Regolamento GDPR.

### 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 \_\_\_\_\_