

# MODULO RICHIESTA RIMBORSO SPESE BABY SITTER O COLLABORATORE/RICE FAMILIARE - EMERGENZA COVID-19

## 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** - per ricevere notifiche sulla presente  
**No PEC** richiesta e altre comunicazioni  
 Dipendente dell'agenzia per il lavoro \_\_\_\_\_  
 Contratto di lavoro in somministrazione \_\_\_\_\_  
 comprese tutte le proroghe  Tempo determinato  Tempo indeterminato  Apprendistato  
 Data inizio rapp. di lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data fine rapp. di lavoro \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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).

Richiesta per :  BABY SITTER  COLLABORATORE/ICE FAMILIARE  
 Per familiare anziano (pari ad almeno 75 anni)  
 Per familiare ammalato  
 Per familiare con disabilità in situazione di gravità accertata

## 02. 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:** sono consentiti pagamenti tramite bonifico domiciliato o carte ricaricabili solo al di sotto della soglia massima di **1.500 euro**; per importi superiori è necessario un cc bancario.



## INFORMATIVA PRIVACY EBITEMP

### INFORMATIVA

(Data di aggiornamento dell'informativa: 06/12/2019)

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 - [dpo@ebitemp.it](mailto:dpo@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 personale 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 e, in seguito, per un periodo di 10 anni decorrente, per ciascuna prestazione richiesta, dall'ultima domanda e/o integrazione documentale.

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 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.



## 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.



## ALLEGATO 2

# DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI CERTIFICAZIONE/VARIAZIONE

## FAMILIARI FISCALMENTE A CARICO (art. 46 D.P.R. n. 445/2000)

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 alla data della presente richiesta: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

i familiari fiscalmente a mio carico, in riferimento alla normativa vigente alla data della presente autocertificazione, sono i seguenti:

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%
Altro					<input type="checkbox"/> AL 50% <input type="checkbox"/> AL 100%

Io sottoscritto dichiaro che nel mio nucleo familiare non vi sia altro soggetto genitore/coniuge che abbia beneficiato di strumenti di sostegno al reddito in caso di cessazione o momentanea sospensione dell'attività lavorativa (a mero titolo esemplificativo, e non esaustivo, strumenti quali NASPI, CIGO, Indennità di Mobilità etc...) sia che risulti disoccupato o non lavori. Il dichiarante prende atto e tanto dichiara, consapevole del divieto di cumulo e dell'incompatibilità con altre misure. Dichiaro inoltre di essere consapevole che Ebitemp 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, Ebitemp 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)** ...L... 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 riconosciutigli 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 \_\_\_\_\_



## ALLEGATI

### RIMBORSO SPESE BABY SITTER O COLLABORATORE/RICE FAMILIARE - EMERGENZA COVID-19

IL PRESENTE MODULO E GLI ALLEGATI DEVONO ESSERE INVIATI tramite raccomandata a:

**EBITEMP - RIMBORSO SPESE BABY SITTER O COLLABORATORE/RICE FAMILIARE**  
**CORSO VITTORIO EMANUELE II, 269 00186 ROMA**

Per l'invio delle richieste di tutte le prestazioni via web è disponibile la piattaforma **MyEbitemp** (per info [www.ebitemp.it](http://www.ebitemp.it))

#### DOCUMENTI DA ALLEGARE:

##### Baby Sitting:

- ✓ Fotocopia di un documento d'identità (Carta di identità o passaporto) e del codice fiscale;
- ✓ Fotocopia del codice fiscale del figlio;
- ✓ Verbale rilasciato dalla Commissione ASL ai sensi della l. 104 solo per figlio disabile;
- ✓ Autocertificazione per dichiarazione che il familiare è fiscalmente a carico e che non vi sia altro genitore beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa (ad esempio, NASPI, CIGO, indennità di mobilità, ecc.) o altro genitore disoccupato o non lavoratore, con i quali, dunque, sussiste incompatibilità e divieto di cumulo;
- ✓ Copia del contratto di somministrazione a tempo determinato e tutte le eventuali proroghe e ultima busta paga;
- ✓ Copia del contratto di somministrazione a tempo indeterminato, lettera di assegnazione alla missione, eventuali proroghe e ultima busta paga;
- ✓ Dichiarazione APL per "attività essenziale" o Documentazione attestante isolamento domiciliare a seguito di positività al Covid-19;
- ✓ Copia contratto lavoro della baby sitter o copia dei titoli di pagamento acquistati attraverso il "libretto famiglia INPS";
- ✓ Quietanze di pagamento sottoscritte dal soggetto che eroga il servizio in cui siano indicati i periodi di riferimento ed il codice fiscale del figlio/i che ha beneficiato della prestazione.

##### Collaboratore familiare:

- ✓ Fotocopia di un documento d'identità (Carta di identità o passaporto) e del codice fiscale;
- ✓ Fotocopia di un documento d'identità (Carta di identità o passaporto) e del codice fiscale del familiare da assistere;
- ✓ Verbale rilasciato dalla Commissione ASL ai sensi della l. 104 per familiare disabile;
- ✓ Copia del certificato medico che attesti la non autosufficienza del familiare ammalato, o copia di certificazione medica comprovante lo stato di malattia che impedisca anche temporaneamente il normale svolgimento delle attività quotidiane;
- ✓ Autocertificazione per dichiarazione che il familiare è fiscalmente a carico e che non vi sia altro coniuge beneficiario di strumenti di sostegno al reddito in caso di sospensione o cessazione dell'attività lavorativa (ad esempio, NASPI, CIGO, indennità di mobilità, ecc.) o altro coniuge disoccupato o non lavoratore, con i quali sussiste incompatibilità e divieto di cumulo;
- ✓ Copia del contratto di somministrazione a tempo determinato e tutte le eventuali proroghe e ultima busta paga;
- ✓ Copia del contratto di somministrazione a tempo indeterminato, lettera di assegnazione alla missione, eventuali proroghe e ultima busta paga;
- ✓ Dichiarazione APL per "attività essenziale" o Documentazione attestante isolamento domiciliare a seguito di positività al Covid-19;
- ✓ Copia contratto lavoro del collaboratore familiare o copia dei titoli di pagamento acquistati attraverso il "libretto famiglia INPS";
- ✓ Quietanze di pagamento sottoscritte dal soggetto che eroga il servizio in cui siano indicati i periodi di riferimento ed il codice fiscale del familiare che ha beneficiato della prestazione.

#### N.B.

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

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.