

## 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 richiesta e altre comunicazioni  
**No PEC**

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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

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).

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

## 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

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 E CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

### INFORMATIVA

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). 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, anticiclaggio);
- 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 nella presente informativa e, in particolar modo, 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.

**In particolare, al fine di consentire ad Ebitemp un adeguato controllo sulla erogabilità delle prestazioni richieste, La informiamo che i Suoi dati (ivi compresi quelli idonei a rivelare il Suo stato di salute) verranno comunicati ad INAIL affinché quest'ultimo ne confermi la corrispondenza mediante confronto con i dati, documenti ed informazioni già in possesso del suindicato istituto.**

**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](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.

**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

alla comunicazione dei propri dati, ivi compresi quelli idonei a rivelare il Suo stato di salute, ad INAIL affinché quest'ultimo li confronti con le informazioni in suo possesso e ne confermi la corrispondenza.

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'Agencia 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  
o tramite la piattaforma MyEbitemp (per info [www.ebitemp.it](http://www.ebitemp.it))

#### **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 compilata dall'agenzia per il lavoro, solo per i lavoratori in somministrazione a tempo determinato (**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 180 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 180 giorni.

#### **TEMPISTICA DI INVIO:**

Il presente modulo e gli allegati devono essere inviati ad Ebitemp entro e non oltre 180 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 180 giorni dalla data riportata sul prospetto stesso.

#### **N.B:**

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.