



**MODULO DATORE DI LAVORO
(ALLEGATO B)**

ISCRITTO/A:

Cognome: _____ Nome: _____

Nato/a il: ____ - ____ - ____ Nazione: _____ Cod. Fiscale: _____

Residente in: Via/Piazza _____ CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

Tel: _____ Cell : _____ e-mail : _____

DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

(la progressione dei dati è riferita a più rapporti di lavoro instaurati)

1. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dipendente

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (ore settimanali _____)

Data assunzione ____ - ____ - ____ Data cessazione ____ - ____ - ____

2. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dipendente

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (ore settimanali _____)

Data assunzione ____ - ____ - ____ Data cessazione ____ - ____ - ____

3. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Dipendente

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Rapporto di lavoro tempo pieno tempo parziale (ore settimanali _____)

Data assunzione ____ - ____ - ____ Data cessazione ____ - ____ - ____



(ALLEGATO A) DA COMPILARE A CURA DEL MEDICO CURANTE

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE DELL'ACCERTAMENTO DELL'INSORGENZA DELLO STATO DI NON AUTOSUFFICIENZA PERMANENTE:

ATTI ELEMENTARI DELLA VITA QUOTIDIANA

LAVARSI **PUNTEGGIO**

1° grado

L'Assicurato è in grado di farsi il bagno e/o la doccia in modo completamente

Autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da

Bagno

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per entrare nella e/o uscire dalla vasca da

bagno e durante l'attività stessa del farsi il bagno

10

VESTIRSI E SVESTIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di vestirsi e svestirsi in modo completamente autonomo

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per vestirsi e/o svestirsi la parte superiore o la

parte inferiore del corpo e/o per applicare/togliere una protesi

5

3° grado

L'Assicurato necessita sia per la parte superiore del corpo sia per la parte inferiore

del corpo di assistenza per vestirsi e/o svestirsi e/o applicare/togliere una protesi

10

ANDARE AL BAGNO E USARLO

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di svolgere autonomamente e senza assistenza da parte

di terzi i seguenti gruppi di attività identificati con (1), (2) e (3):

(1) andare in bagno

(2) lavarsi, lavarsi i denti, pettinarsi, asciugarsi, radersi

(3) effettuare atti di igiene personale dopo essere andato in bagno

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per almeno uno e al massimo due dei

suindicati gruppi di attività (1), (2) e (3)

5

3° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per tutti i sopra indicati gruppi di attività (1),

(2) e (3)

10



SPOSTARSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è in grado di muoversi autonomamente all'interno della residenza abituale anche con l'utilizzo di protesi

0

2° grado

L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'utilizzo di ausili, come per esempio sedia a rotelle o deambulatore

5

3° grado

L'Assicurato è in grado di muoversi all'interno della residenza abituale solo con l'assistenza di terzi

10

CONTINENZA

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente continente

0

2° grado

L'Assicurato presenta incontinenza di urina o feci al massimo una volta al giorno

5

3° grado

L'Assicurato è completamente incontinente e vengono utilizzati aiuti tecnici come catetere o colostomia

10

NUTRIRSI

PUNTEGGIO

1° grado

L'Assicurato è completamente e autonomamente in grado di consumare bevande e cibi preparati e serviti

0

2° grado

L'Assicurato necessita di assistenza per una o più delle seguenti attività preparatorie:

- sminuzzare/tagliare cibo
- sbucciare la frutta
- aprire un contenitore/una scatola
- versare bevande nel bicchiere

5

3° grado

L'Assicurato non è in grado di bere autonomamente dal bicchiere e mangiare dal piatto. Fa parte di questa categoria l'alimentazione artificiale

10

**TIMBRO E FIRMA
DEL MEDICO CURANTE**



RELAZIONE ANAMNESTICA RELATIVA A:

Cognome: _____ Nome: _____

Compilata da:

Dott. Cognome: _____ Nome: _____

Iscritto all'Ordine: _____ Numero iscrizione: _____

Da che mese/anno ha in cura l'iscritto _____

In quale qualifica: MMG SPECIALISTA AMBULATORIALE SPECIALISTA OSPEDALIERO

Patologia principale che ha condotto alla non autosufficienza permanente:

Altre patologie rilevanti:

In quale mese/anno è stata posta la diagnosi della patologia principale _____

In quale mese/anno è iniziata la non autosufficienza _____

In quale mese/anno è stata riconosciuta la Invalidità civile al 100% _____

NON RICONOSCIUTA SOTTOPOSTA A REVISIONE PERMANENTE

In quale mese/anno sono stati riconosciuti i benefici collegati alla L104/1992 _____ NON RICONOSCIUTA

E' stata riconosciuta l'indennità di accompagnamento? SI (in che mese/anno _____) NO

L'attuale livello di non autosufficienza permanente in quale mese/anno ha avuto inizio _____

Luogo e data _____

TIMBRO E FIRMA

DEL

MEDICO

CURANTE



INFORMAZIONI FORNITE AI SENSI DELL'ART. 13 REGOLAMENTO EUROPEO 2016/679 (GDPR)

Chi è il titolare del trattamento?	CAS.SA.COLF, in persona del legale rappresentante Mauro Munari	Via Tagliamento n. 29, 00198 Roma, tel. 0685358034, email info@cassacolf.it
Chi è il responsabile della protezione dei dati?	Avv. Marco Segatori	Via A. Mordini n. 14, 00195 Roma, tel. 068076812, email m.segatori@studiolegaleparioli.com, pec marcosegatori@ordineavvocatiroma.org
Chi sono i destinatari?	responsabili esterni del trattamento ed eventuali ulteriori titolari	<ul style="list-style-type: none">• strutture di CAS.SA.COLF• enti pubblici e/o privati, società, assicurazioni, associazioni collegate e/o collaterali a CAS.SA.COLF in virtù degli scopi istituzionali e/o partecipativi• amministrazione finanziaria ed enti pubblici• consulenti esterni in materia contabile e fiscale• consulenti legali e medico-legali• revisori contabili provider servizi informatici

Cosa sarà fatto dei tuoi dati personali?		
I dati personali saranno trattati:	Il trattamento avviene in base a:	I dati personali che ti riguardano sono:
per l'esecuzione e la gestione del rapporto con il socio/iscritto	<ul style="list-style-type: none">• attività preordinate al godimento di prestazioni e servizi destinati a lavoratori e datori di lavoro iscritti, e specificamente evasione di richieste di indennità, nonché di rimborso di spese sanitarie• adempimento di attività statutarie• gestione del rapporto dall'instaurazione alla sua definizione	<ul style="list-style-type: none">• nome, cognome *• codice fiscale *• luogo e data di nascita *• indirizzo fisico e telematico *• numero di telefono fisso e/o mobile *• derivati dallo stato di famiglia• relativi all'inquadramento ed al luogo lavorativo/azienda ove presti la tua attività lavorativa *• i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*
per l'archiviazione e la conservazione	<ul style="list-style-type: none">• iscrizione per tutta la sua durata• adempimento di obblighi conseguenti al rapporto instaurato	<ul style="list-style-type: none">• nome, cognome *• codice fiscale *• indirizzo fisico e telematico*• dati contabili *
per l'invio di comunicazioni di natura promozionale dei servizi/attività di CAS.SA.COLF	<ul style="list-style-type: none">• tuo specifico consenso	<ul style="list-style-type: none">• nome, cognome *• indirizzo fisico e telematico*• numero di telefono fisso e/o mobile *

<p>per la comunicazione a terzi (enti pubblici e privati, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo) per la promozione della loro attività/servizi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • tuo specifico consenso 	<ul style="list-style-type: none"> • nome, cognome * • indirizzo fisico e telematico* • numero di telefono fisso e/o mobile * • i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, concernenti la posizione lavorativa ricoperta, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*
<p>per la comunicazione a terzi (alle strutture CAS.SA.COLF, nonché enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo consulenti legali e medico-legali) in dipendenza della gestione di servizi anche connessi al rapporto giuridico e degli obblighi che ne derivano</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adempimento di obblighi discendenti dal rapporto 	<ul style="list-style-type: none"> • nome, cognome * • codice fiscale * • luogo e data di nascita * • indirizzo fisico e telematico* • numero di telefono fisso e/o mobile * • relativi all'inquadramento ed al luogo lavorativo/azienda ove presti la tua attività lavorativa il dipendente • i dati relativi al tuo stato di salute se necessari allo svolgimento dei servizi statutari da te richiesti, tra i quali: assicurativi, previdenziali, legali, fiscali, commerciali, di tutela consumeristica ed ogni altro servizio connesso a quanto genericamente appena elencato*
<p>per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adempimento di obblighi discendenti dal rapporto instaurato • legittimo interesse del titolare del trattamento o di terzi e destinatari 	<ul style="list-style-type: none"> • indirizzo di posta elettronica * • log di accesso piattaforme dedicate *

Quali dati personali che verranno trattati non sono stati ricevuti da te?

Dati anagrafici
Dati informatici

Quali sono le fonti presso cui è avvenuta la raccolta dei dati personali che ti riguardano?

altri titolari del trattamento (es. le strutture INPS)

le strutture CAS.SA.COLF, nonché enti, società, assicurazioni, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto societario e partecipativo

elenchi tenuti da enti pubblici o equiparati o sotto il controllo dell'autorità pubblica in base a specifica normativa nazionale

provider servizi informatici



Quelli tra i tuoi dati, raccolti o comunque trattati da CAS.SA.COLF indicati con * si intendono necessari e il loro mancato conferimento comporta l'impossibilità per CAS.SA.COLF di dar seguito alle attività relative al trattamento principale.

La CAS.SA.COLF ti informa che puoi esercitare in qualsiasi momento il diritto di reclamo all'Autorità competente e gli altri diritti previsti dagli artt. 15 e ss. del Regolamento (UE) 2016/679.

Per maggiori informazioni consulta l'informativa completa sul sito www.cassacolf.it o contattaci al 0685358034.

Prestazione del consenso

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per l'espletamento dei servizi specifici forniti da CAS.SA.COLF
In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

- Se hai compreso il contenuto della presente informativa, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità sopra previste, per la comunicazione dei tuoi dati personali anche alle Compagnie di assicurazione convenzionate con CAS.SA.COLF, nei limiti derivanti dalle finalità (erogazione delle prestazioni) per le quali detta comunicazione viene effettuata.
In caso di diniego ti informiamo che CAS.SA.COLF non potrà dare corso alle sue prestazioni statutarie e istituzionali in tuo favore.

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

- Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità previste ivi compresa la comunicazione a terzi dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi di CAS.SA.COLF

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____

- Se hai ricevuto la presente informativa e ne hai compreso il contenuto, CAS.SA.COLF ti chiede se presti il consenso al trattamento, secondo le modalità previste ivi compresa la comunicazione a terzi dei tuoi dati personali per l'invio di comunicazioni di carattere promozionale dei servizi di enti pubblici e privati, assicurazioni, società, associazioni collegate a CAS.SA.COLF in virtù del rapporto giuridico e partecipativo

PRESTO IL CONSENSO

NON PRESTO IL CONSENSO

Luogo e data _____

Firma _____