

# MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI/PREST

Spett.le

CASSA EDILE DELLA PROV. DI FIRENZE

Via Lorenzo il Magnifico, 8

50129 Firenze

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ pos. Cassa Edile \_\_\_\_\_

nato il \_\_\_\_\_ domiciliato a \_\_\_\_\_

codice fiscale \_\_\_\_\_

Via/Piazza \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

attualmente occupato presso l'impresa \_\_\_\_\_

preso atto dei Regolamenti vigenti, dichiarando la propria disponibilità ad eventuali controlli disposti dalla Cassa Edile, preso atto dell'Informativa Privacy dell'Ente consegnata nella data di sottoscrizione della presente e sul sito web della Cassa [www.cassaedilefirenze.it/privacy](http://www.cassaedilefirenze.it/privacy) e prestando consenso al trattamento dei propri dati personali, particolari e di salute per i fini istituzionali dell'Ente stesso, inoltre la presente domanda al fine di ottenere la/e prestazione/i sotto specificata/e:

(indicare barrando la/e casella/e)

**CURE E PROTESI DENTARIE**

**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (\*)
- dichiarazione del Medico Dentista (vd. retro mod. n.2)

**PROTESI ACUSTICHE**

**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (\*)
- dichiarazione del Medico Otorinolaringoiatra (vd. retro mod. n.3)

**PROTESI OCULISTICHE**

**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (\*)

**TERAPIE POST INTERV. CHIRURGICI**

**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (\*)
- dichiarazione del Medico specialista (vd. retro mod. n.4)

**INABILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO SUL LAVORO O MAL. PROF.LE**

Allegare:

- copia della lettera dell'INAIL relativa alla notifica del grado di inabilità permanente accertato

**INABILITA' PERMANENTE DA INFORTUNIO AL DI FUORI DEL LAVORO**

Allegare:

- dichiarazione con la descrizione dell'incidento
- dichiarazione in caso di responsabilità di terzi

**ACCERTAMENTI DIAGNOSTICI**

**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (\*)

**VISITE SPECIALISTICHE**

**Se interessati i familiari dei lavoratori compilare il modulo 5 sul retro della domanda**

- Allegare (anche nel caso dei familiari)
- fattura o ricevuta in originale (\*)

**RIMBORSO GIORNATA PER VISITE SPECIALISTICHE**

Allegare:

- dichiarazione datore di lavoro attestante data e ore di assenza dal lavoro
- dichiarazione del Medico Specialista che attesti data e ora della visita

**RIMBORSO SPESE DICHIARAZIONE DEI REDDITI c/o CAAF**

Allegare:

- copia della fattura del CAAF

**PREMIO GIOVANI**

**PREMIO MATRIMONIALE**

Allegare:

- copia del certificato di matrimonio

A completamento della presente domanda, viene allegata, per ogni prestazione, la documentazione sopra descritta. Relativamente alle terapie post interventi chirurgici il sottoscritto dichiara sotto la propria responsabilità di non avere diritto a contributi per stipula di polizze assicurative. Il sottoscritto, nel caso di dimostrata falsa dichiarazione, si impegna a restituire le somme illecitamente percepite, autorizzando comunque la Cassa Edile a trattenerle dalle eventuali spettanze dovute. Relativamente alle altre prestazioni il sottoscritto dichiara di non aver ricevuto contributi allo stesso titolo da altre Casse Edili.

**(\*) DICHIARAZIONE DA FARE NEL CASO CHE SULLA FATTURA O RICEVUTA NON SIA INDICATA LA TIPOLOGIA DELLA PRESTAZIONE:**

**"IO SOTTOSCRITTO DICHIARO CHE IL TICKET (ALLEGATO) DA ME PAGATO IN DATA \_\_\_\_\_**

**A \_\_\_\_\_**

**SI RIFERISCE ALLA PRESTAZIONE SOPRA RICHIESTA."**

Data \_\_\_\_\_

Firma del lavoratore iscritto \_\_\_\_\_

TAGLIANDO PER IL LAVORATORE DA STACCARE

Il lavoratore	Ha presentato la domanda in data	Per ottenere il contributo per:
Cure e protesi dentarie	Protesi acustiche	Protesi oculistiche
Terapie post interventi chirurgici	Inab. Perm. Inf. Lavoro mal/prof.	Inab. Perm. Inf. Fuori lavoro
Accertam. Diagnostici	Visite specialistiche	Rimb. Giornata visita spec.
Premio giovani Scuola edile	Premio giovani 17 anni	Premio inserm. Settore
Premio matrimoniale		

## DICHIARAZIONI

### MOD. 1 - DICHIARAZIONE DEL DATORE DI LAVORO (se non compilata, il rimborso avverrà SOLO ad avvenuto versamento del mese di presentazione della domanda)

A \_\_\_\_\_ richiesta \_\_\_\_\_ dell'interessato \_\_\_\_\_ si \_\_\_\_\_ dichiara \_\_\_\_\_ che \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_  
Sig. \_\_\_\_\_

assunto il \_\_\_\_\_ alla data odierna risulta regolarmente occupato presso la sottoscritta impresa

Data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ timbro e firma dell'impresa

### MOD. 2 - CURE E PROTESI DENTARIE - dichiarazione del Medico Dentista

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_  
ha sottoposto il paziente Sig. \_\_\_\_\_ \*alle seguenti estrazioni, cure o protesi:

\*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)  
(contrassegnare i denti interessati con una crocetta negli schemi sotto riportati e SEPARATAMENTE per estrazioni, cure e protesi)

<b>ESTRAZIONI</b>	<b>DX</b> <u>8 7 6 5 4 3 2 1</u> 8 7 6 5 4 3 2 1	<b>SX</b> <u>1 2 3 4 5 6 7 8</u> 1 2 3 4 5 6 7 8
<b>CURE</b>	<b>DX</b> <u>8 7 6 5 4 3 2 1</u> 8 7 6 5 4 3 2 1	<b>SX</b> <u>1 2 3 4 5 6 7 8</u> 1 2 3 4 5 6 7 8
<b>PROTESI</b>	<b>DX</b> <u>8 7 6 5 4 3 2 1</u> 8 7 6 5 4 3 2 1	<b>SX</b> <u>1 2 3 4 5 6 7 8</u> 1 2 3 4 5 6 7 8

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico dentista

### MOD. 3- PROTESI ACUSTICHE - dichiarazione del Medico Otorinolaringoiatra

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara di aver sottoposto a visita il Sig. \_\_\_\_\_

\*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)

nel periodo dal \_\_\_\_\_ al \_\_\_\_\_

Dichiara altresì che è stata riscontrata una perdita uditiva non inferiore a 55 db e che il paziente stesso necessita di n° \_\_\_\_\_ protesi acustica/che -  
DX o SX o

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico otorinolaringoiatra

### Mod. 4- TERAPIE POST CHIRURGICHE - dichiarazione del Medico Specialista

Il sottoscritto \_\_\_\_\_ dichiara che, il paziente Sig. \_\_\_\_\_

\*(indicare, se il paziente è un familiare del lavoratore, se trattasi di coniuge o figlio, indicando il nome e cognome del familiare stesso)

a seguito del seguente intervento chirurgico \_\_\_\_\_ effettuato

in data \_\_\_\_\_ necessita delle seguenti terapie riabilitative (specificare eventuali apparecchiature da utilizzare)

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Timbro e firma del Medico specialista

### Mod. 5- RICHIESTA PRESTAZIONI SANITARIE EFFETTUATE DAI FAMILIARI (da compilare a cura del lavoratore)

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, consapevole delle responsabilità in caso di dichiarazione mendace, dichiara che i seguenti familiari sono conviventi e fiscalmente a carico:

\_\_\_\_\_ (coniuge) \_\_\_\_\_ (figlio) \_\_\_\_\_ (figlio) \_\_\_\_\_ (figlio)

Luogo e data \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Firma del lavoratore

**NOTA: Il lavoratore, anche nel suo stesso interesse, è tenuto a dichiarare se richiede le prestazioni sanitarie per i familiari compilando il modulo n.5.**

## INFORMATIVA PRIVACY

Gentile Signore/a.....nato a.....Il.....

Cod. fisc.....

La invitiamo a prendere atto ed a confermare la presa in visione della presente informativa sul trattamento dei Suoi dati personali ai sensi dell'art. 13 del REG. UE 2016/679 e della relativa versione integrale al seguente indirizzo [www.cassaedilefirenze.it/privacy](http://www.cassaedilefirenze.it/privacy) firmando e restituendo il presente documento.

### TITOLARE DEL TRATTAMENTO

CASSA EDILE FIRENZE nella persona del Presidente-legale rappresentante pro tempore con sede legale in Firenze, Via Lorenzo Il Magnifico n°8 - Tel. 055/462771 è il Titolare del trattamento e tratta i Suoi dati unicamente secondo le proprie finalità statutarie in ossequio alla normativa sulla privacy (Regolamento UE Data Protection n. 2016/679, D.Lgs. 196/2003, Provvedimenti Garante Privacy, Best Practices). Cassa Edile Firenze è anche gestore del sito web allocato all'indirizzo [www.cassaedilefirenze.it](http://www.cassaedilefirenze.it) sottoposto alla presente Privacy Policy e alla Cookies Policy <http://www.cassaedilefirenze.it/cookie.php>

PUNTO PRIVACY: [privacy@cassaedilefirenze.it](mailto:privacy@cassaedilefirenze.it)

CONTATTI DPO: Avv. Deborah Bianchi [avv.deborah@deborahbianchi.it](mailto:avv.deborah@deborahbianchi.it)

### 1. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO CUI SONO DESTINATI I DATI

Il trattamento dei dati personali forniti è **finalizzato** all'assolvimento dei compiti propri riconosciuti alla Cassa dalle parti sociali contraenti CCNL, tra cui il pagamento delle prestazioni economiche a Lei spettanti, relative agli istituti contrattuali ed extra contrattuali di riferimento.

I Suoi dati sono inoltre necessari per il calcolo, nei vari periodi lavorativi, delle ore effettivamente lavorate, al fine di computare le relative provviste, ovvero i ratei mensili di accantonamento. Infine, i Suoi dati e quelli del suo nucleo familiare, sono necessari per l'erogazione di diversi servizi di carattere assistenziale, ad esempio: Prestazioni derivanti dal Regolamento Assistenze Prov. [www.cassaedilefirenze.it/operai\\_prestazioni\\_prov.php](http://www.cassaedilefirenze.it/operai_prestazioni_prov.php) Per maggiori informazioni può visionare l'Informativa Privacy Integrale al seguente link [www.cassaedilefirenze.it/privacy](http://www.cassaedilefirenze.it/privacy) **Il conferimento dei dati e il relativo trattamento sono obbligatori e necessari per l'espletamento dell'attività assistenziale e previdenziale offerta dalla Cassa Edile.** Le **basi giuridiche** che giustificano il trattamento dei Suoi dati sono: il contratto collettivo di lavoro a Lei applicato dall'impresa; l'interesse legittimo della Cassa Edile; l'esplicito consenso (solo per ulteriori finalità diverse da quelle indicate al punto 1).

### 5. I DIRITTI DELL'INTERESSATO di cui agli artt. 15, 16, 17, 18, 20, 21 e 22 del REG. UE 2016/679

La informiamo che nella Sua qualità di interessato, Lei ha, oltre il diritto di proporre reclamo a un'autorità di controllo, i diritti qui sotto elencati, che potrà far valere rivolgendo apposita richiesta al Titolare del trattamento e/o al responsabile del trattamento, scrivendo a: [privacy@cassaedilefirenze.it](mailto:privacy@cassaedilefirenze.it)

#### Art. 15 - Diritto di accesso

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la conferma che sia o meno in corso un trattamento di dati personali che lo riguardano e in tal caso, di ottenere l'accesso ai dati personali e alle informazioni riguardanti il trattamento.

#### Art. 16 - Diritto di rettifica

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la rettifica dei dati personali inesatti che lo riguardano senza ingiustificato ritardo. Tenuto conto delle finalità del trattamento, l'interessato ha il diritto di ottenere l'integrazione dei dati personali incompleti, anche fornendo una dichiarazione integrativa.

#### Art. 17 - Diritto alla cancellazione (diritto all'oblio)

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la cancellazione dei dati personali che lo riguardano senza ingiustificato ritardo e il titolare del trattamento ha l'obbligo di cancellare senza ingiustificato ritardo i dati personali (ovviamente nei limiti previsti dall'art. 7 del regolamento).

#### Art. 18 - Diritto di limitazione del trattamento

L'interessato ha il diritto di ottenere dal titolare del trattamento la limitazione del trattamento quando ricorre una delle seguenti ipotesi:

a) l'interessato contesta l'esattezza dei dati personali, per il periodo necessario al titolare del trattamento per verificare l'esattezza di tali dati personali; b) il trattamento è illecito e l'interessato si oppone alla cancellazione dei dati personali e chiede invece che ne sia limitato l'utilizzo; c) benché il titolare del trattamento non ne abbia più bisogno ai fini del trattamento, i dati personali sono necessari all'interessato per l'accertamento, l'esercizio o la difesa di un diritto in sede giudiziaria; d) l'interessato si è opposto al trattamento ai sensi dell'articolo 21, paragrafo 1, in attesa della verifica in merito all'eventuale prevalenza dei motivi legittimi del titolare del trattamento rispetto a quelli dell'interessato.

Per maggiori informazioni sulle modalità secondo cui vengono trattati i Suoi dati oppure per esercitare i Suoi Diritti Privacy può scrivere una e.mail al Punto Privacy e Data Breach: [privacy@cassaedilefirenze.it](mailto:privacy@cassaedilefirenze.it)



### 2. MODALITÀ DEL TRATTAMENTO E PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI

I Suoi dati personali verranno trattati in forma cartacea, informatizzata e telematica ed inseriti nelle pertinenti banche dati cui potranno accedere gli incaricati al trattamento dei dati. Il trattamento potrà anche essere effettuato da terzi che forniscono specifici servizi elaborativi, amministrativi o strumentali necessari per il raggiungimento delle finalità di cui sopra. I dati forniti verranno conservati per tutta la durata dell'iscrizione e per un periodo successivo di **8 anni dalla cessazione dell'iscrizione alla Cassa.**

### 3. NATURA DEI DATI PERSONALI TRATTATI

Costituiscono oggetto di trattamento i Suoi dati personali, che verranno utilizzati per le finalità indicate al punto 1. I dati personali raccolti sono inerenti essenzialmente a: I Suoi dati identificativi e anagrafici; Dati relativi al Suo nucleo familiare; Dati particolari: (anche sanitari e di salute); Dati relativi di natura economica e commerciale (ordini, solvibilità, dati bancari e finanziari, dati contabili e fiscali, etc.).

### 4. AMBITO DI COMUNICAZIONE E DIFFUSIONE DEI DATI

In relazione alle finalità suindicate ai punti, i dati potranno/dovranno essere comunicati ai seguenti soggetti: Amministratori dell'ente, Istituti di Previdenza (INPS, INAIL e PREVEDI); - Istituti bancari, istituti postali; - Fornitori di materiale e servizi previdenziali e assistenziali; - Società assicurative; - Altre Casse Edili/Edilcasce e organismi di coordinamento; - Altri Enti paritetici di categoria; - Associazioni costituenti le Casse; - Società di revisione contabile; - Legali e altri consulenti esterni della Cassa Edile; - Società fornitrice convenzionata con la Cassa; - Scuola professionale edile e Cpt Firenze; - A.S.L.C. - R.L.S.T.; - CNCE (Commissione Nazionale Casse Edili); - BNI (Banca Nazionale Imprese); - FNAPE (Fondo Nazionale APE). Se vuole sapere come questi Soggetti trattano i Suoi dati legga le loro rispettive Privacy Policy o scriva una e.mail a [privacy@cassaedilefirenze.it](mailto:privacy@cassaedilefirenze.it)

#### Art. 20 - Diritto alla portabilità dei dati

L'interessato ha il diritto di ricevere in un formato strutturato, di uso comune e leggibile da dispositivo automatico i dati personali che lo riguardano forniti a un titolare del trattamento e ha il diritto di trasmettere tali dati a un altro titolare del trattamento senza impedimenti da parte del titolare del trattamento cui li ha forniti.

Nell'esercitare i propri diritti relativamente alla portabilità dei dati a norma del paragrafo 1, l'interessato ha il diritto di ottenere la trasmissione diretta dei dati personali da un titolare del trattamento all'altro, se tecnicamente fattibile.

#### Art. 21 - Diritto di opposizione

L'interessato ha il diritto di opporsi in qualsiasi momento, per motivi connessi alla sua situazione particolare, al trattamento dei dati personali che lo riguardano ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettere e) o f), compresa la profilazione sulla base di tali disposizioni.

#### Art. 22 - Diritto di non essere sottoposto a processo decisionale automatizzato, compresa la profilazione

L'interessato ha il diritto di non essere sottoposto a una decisione basata unicamente sul trattamento automatizzato, compresa la profilazione, che produca effetti giuridici che lo riguardano o che incida in modo analogo significativamente sulla sua persona.

### 6. INTENZIONE DI TRASFERIRE I DATI ALL'ESTERO

La informiamo che è intenzione che i Suoi dati personali siano trasferiti a un paese terzo o a un'organizzazione internazionale. Tale trasferimento, in Paesi extra UE, potrà avvenire solo in presenza di una decisione di adeguatezza della Commissione Europea o, nel caso dei trasferimenti di cui all'articolo 46 o 47, o all'articolo 49, secondo comma, in caso sussista il riferimento alle garanzie appropriate o opportune e i mezzi per ottenere una copia di tali dati o il luogo dove sono stati resi disponibili.

### 7. REVOCA DEL CONSENSO AL TRATTAMENTO

Le è riconosciuta la facoltà di revocare il consenso al trattamento dei Suoi dati personali, scrivendo a [privacy@cassaedilefirenze.it](mailto:privacy@cassaedilefirenze.it) oppure telefonando al **055 462771**. Al termine di questa operazione i Suoi dati personali saranno rimossi dagli archivi nel più breve tempo possibile. Se desidera avere maggiori informazioni sul trattamento dei Suoi dati personali, ovvero esercitare i diritti di cui al precedente punto 5, può scrivere a [privacy@cassaedilefirenze.it](mailto:privacy@cassaedilefirenze.it) Prima di poterLe fornire o modificare qualsiasi informazione, potrebbe essere necessario verificare la Sua identità e rispondere ad alcune domande. Una risposta sarà fornita al più presto.

Io sottoscritto ..... dichiaro di avere ricevuto le informazioni di cui all'art. 13 del REG. UE 2016/679, in particolare riguardo ai diritti a me riconosciuti dal REG. UE 2016/679 e di acconsentire al trattamento dei miei dati particolari e di salute e dei dati personali, particolari e di salute relativi al mio nucleo familiare/anche per il soggetto minorenne al fine di ottenere i benefici previsti.

Luogo \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_