

DICHIARAZIONI SOSTITUTIVE DI CERTIFICAZIONI
(art. 46 D.P.R. 445 dei 28.12.2000)

La/il sottoscritta/o

nata/o a il codice fiscale

residente a in vianr / Int.

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per accedere ai servizi e prestazioni di cui all'appendice del regolamento di Cas.Sa.Colf Covid - 19 ai fini e per gli effetti di cui alla vigente normativa in materia di privacy (Regolamento UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018) e

D I C H I A R A

che i/le seguenti figli/e minori sono attualmente con esso/a dichiarante conviventi:

<i>nr.</i>	<i>cognome e nome</i>	<i>luogo di nascita</i>	<i>data nascita</i>	
1				
2				
3				

Richiedo il rimborso di € 200,00 di cui all'**Art.3** per le spese sostenute per finalità di istruzione, scolastica o per servizi di baby sitting entro il 5° anno di età, per assistenza domiciliare ai figli che siano in condizione di non autosufficienza entro il 18° anno di età e per le necessità di alimentare per i figli entro il 18° anno di età.

Il sottoscritto/a prende atto ed accetta che CAS.SA.COLF possa richiedere la documentazione, in originale, oggetto di rimborso in qualsiasi momento. A tal fine si impegna a conservare la documentazione, in originale, oggetto di rimborso ed a inviarla, a prima richiesta, a CAS.SA.COLF.

Luogo lì,

La/Il dichiarante

Esente da imposta di bollo ai sensi dell'art. 37 D.P.R. 445/2000.

La presente dichiarazione ha validità per 6 mesi (art. 41 D.P.R. 445/2000); se i documenti cui si riferisce hanno efficacia temporale maggiore, anche la validità della dichiarazione si estenderà sino a tale termine.

La presente dichiarazione può essere trasmessa via fax o con strumenti telematici (art. 38 D.P.R. 445/2000).

La mancata accettazione della presente dichiarazione costituisce violazione dei doveri d'ufficio (art. 74 comma 1 D.P.R. 445/2000).

MODULO RICHIESTA PRESTAZIONI COVID-19

ISCRITTO/A

Cognome: _____ Nome: _____

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

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

NOMINATIVO INDICATO PRESSO L'ABITAZIONE (se diverso dal proprio): _____

Tel: _____ Cell : _____ e-mail : _____

altro recapito da poter contattare: _____

DATI RELATIVI AL RAPPORTO DI LAVORO

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

1. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

Datore di lavoro

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

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale : _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

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

Data assunzione ____ - ____ - _____ data cessazione ____ - ____ - _____

2. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

Datore di lavoro

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

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

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

Data assunzione ____ - ____ - _____ data cessazione ____ - ____ - _____

3. CODICE INPS RAPPORTO DI LAVORO:

Datore di lavoro

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

Cognome: _____ Nome: _____ Codice fiscale: _____

Residente in: Via/Piazza _____

CAP: _____ Città: _____ Prov: _____

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

Data assunzione ____ - ____ - _____ data cessazione ____ - ____ - _____

DOCUMENTAZIONE OBBLIGATORIA DA ALLEGARE (*barrare solo le prestazioni per le quali si richiede l'erogazione*)

- Allegare i MAV I.N.P.S. **[i due trimestri precedenti l'evento comprensivi del codice F2 che attestino il versamento dei contributi di assistenza contrattuale (Art. 4 dell'appendice al regolamento)]**;
- Copia del documento di identità del dipendente in corso di validità;
- Copia del codice fiscale del dipendente.

PRESTAZIONI LAVORATORI POSITIVI AL COVID-19 O SOTTOPOSTI A QUARENTENA

- Indennità giornaliera per ricovero ospedaliero **(allegare certificato di ingresso/dimissioni contenente la diagnosi)**;
- Isolamento domiciliare **(allegare certificato/esito tampone)**;
- Indennità giornaliera per figlio a carico **[(allegare certificato come da provvedimento/esito tampone e allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A))]**.

- Rimborso delle spese per il pagamento di materiale sanitario **(allegare le ricevute di pagamento contenenti la descrizione del materiale acquistato e la prescrizione del medico)**;
- Rimborso delle spese sanitarie per visite domiciliari ed extradomiciliari **(allegare ricevute di pagamento)**;
- Isolamento preventivo **(allegare certificato di malattia per sospetto COVID-19 come da provvedimento)**;
- Prestazioni psicologiche e psicoterapeutiche **(Allegare fatture delle prestazioni pagata e Allegato C)**.

PRESTAZIONI RESE A LAVORATRICI E LAVORATORI CON FIGLI IN SITUAZIONI DI DISAGIO PER EMERGENZA COVID-19

- Rimborso delle spese sostenute per finalità di istruzione, scolastica o per servizi di baby sitting entro il 5° anno di età **[(allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A))]**;
- Rimborso delle spese sostenute per assistenza domiciliare ai figli che siano in condizione di non autosufficienza entro il 18° anno di età **[(allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A))]**;
- Rimborso delle spese sostenute per le necessità di alimentare per i figli entro il 18° anno di età **[(allegare dichiarazione sostitutiva dello stato di famiglia (Allegato A))]**.

NOTE UTILI

- In caso di ricovero ospedaliero avvenuto fuori dal territorio italiano, sarà necessario allegare copia della documentazione in lingua originale e la relativa traduzione libera in lingua italiana;
- La domanda dovrà essere inviata entro 12 mesi dall'evento pena la decadenza;
- Le fotocopie dei documenti devono essere leggibili;
- La compilazione dei moduli deve essere eseguita in stampatello;
- Eventuali incomprensioni dello scritto potranno causare significativi ritardi nell'esame della pratica;
- La modulistica verrà accettata solo se compilata in ogni sua parte, pertanto dovrà essere utilizzata solo per la richiesta di rimborso delle prestazioni.
- Tutta la documentazione dovrà essere inviata solo a mezzo mail. pratichecovid@cassacolf.it

		<p>connesso a quanto genericamente appena elencato*</p> <ul style="list-style-type: none"> • la tua adesione a sindacati * • la quota della tua trattenuta sindacale *
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 *
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	<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*
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) in dipendenza della gestione di servizi anche connessi al rapporto giuridico e degli obblighi che ne derivano	<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 * • 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*
per l'adempimento degli obblighi di sicurezza informatica	<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, nonché 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 _____

DICHIARAZIONI DI RAPPORTO DI LAVORO IN REGIME DI CONVIVENZA

La/il sottoscritta/o

nata/o a il

residente a in vianr / Int.

è consapevole che in caso di dichiarazione mendace sarà punito ai sensi del Codice Penale secondo quanto prescritto dall'art. 76 del succitato D.P.R. 445/2000 e che, inoltre, qualora dal controllo effettuato emerga la non veridicità del contenuto di taluna delle dichiarazioni rese, decadrà dai benefici conseguenti al provvedimento eventualmente emanato sulla base della dichiarazione non veritiera (art. 75 D.P.R. 445/2000).

E' informato ed autorizza la raccolta dei dati per accedere ai servizi e prestazioni di cui all'appendice del regolamento di Cass.Sa.Colf Covid - 19 ai fini e per gli effetti di cui alla vigente normativa in materia di privacy (Regolamento UE n. 679/2016 e D.Lgs. n. 101/2018) e

DICHIARA

di convivere presso e con il datore di lavoro individuato nella persona di

nome e cognome

luogo e data di nascita

Luogo lì,

La/Il dichiarante

Il datore di lavoro, come sopra generalizzato, dichiara di aver letto la sovraestesa informativa sulla privacy e di prestare il consenso al trattamento dei propri dati personali ai soli fini dell'erogazione dei servizi e prestazioni in favore del lavoratore da parte di Cas.Sa.Colf

Luogo lì,

Il datore di lavoro