

Spett.le
INARCASSA
DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
Ufficio Prestazioni Assistenziali
Via Salaria, 229, 00199 Roma
protocollo@pec.inarcassa.org

DOMANDA DI PROROGA INDENNITÀ PER INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA
(a cura di un familiare)

Il/la sottoscritt_ _____
Nato a _____ C.F. _____
Residente in _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
in qualità di familiare (*) _____
Di _____ Ing. Arch.
Matr.Inarcassa _____ Nato a _____
Residente in _____
C.F. _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel./ cellulare _____
P.E.C. _____
E-mail _____

(*) indicare grado di parentela

Cosciente della responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, ai fini del riconoscimento della inabilità professionale temporanea, **dichiaro di aver già presentato la domanda di indennità di inabilità temporanea, per il medesimo evento inabilitante, per il periodo:**

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

e richiedo la proroga del trattamento di inabilità professionale temporanea assoluta per il periodo

dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____

NOTA BENE

L'indennità è riconosciuta **solo** in caso di **impedimento totale e assoluto** a svolgere ogni compito e funzione dell'attività professionale per un **periodo superiore a 40 giorni**. Le casistiche rientranti in copertura sono pubblicate sul sito www.inarcassa.it, alla voce Assistenza/Indennità per inabilità temporanea.

L'indennità spetta a partire dal primo giorno successivo all'insorgenza dello stato inabilitante, ad esclusione dei giorni per i quali si ha diritto alla "indennità sostitutiva" da ricovero ospedaliero o alla "indennità giornaliera da infortunio" previste dal Piano Sanitario Base in vigore per gli iscritti ad Inarcassa, eventualmente da richiedere alla compagnia assicurativa.

Trasmetto **certificato medico** (*utilizzare il modello specifico allegato*), predisposto da **medico di Struttura Pubblica Ospedaliera o medico ASL** da cui risulta:

Attenzione: il modulo va compilato in ogni sua parte, stampato, firmato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo protocollo@pec.inarcassa.org o via fax al n. 06. 85274211

- la *causa e la data* di insorgenza della inabilità professionale temporanea;
- il *periodo presunto di inabilità* professionale temporanea direttamente ed esclusivamente conseguente all'incidento o alla malattia;
- le motivazioni dell'impossibilità ad esercitare *assolutamente e totalmente* – in ogni suo compito e funzione - la libera professione nel periodo di inabilità;

con allegata **copia** della certificazione medica di seguito indicata:

- a) referto di Pronto Soccorso e/o relazione clinica di dimissione in caso di ricovero ospedaliero;
- b) referti di controlli clinici e/o strumentali effettuati presso ambulatori specialistici, ospedalieri o di altra struttura di cura, successivamente ai trattamenti iniziali;
- c) ulteriore documentazione sanitaria disponibile.

a) Dichiarazione per inabilità temporanea assoluta

Cosciente della responsabilità penale cui posso andare incontro in caso di dichiarazioni mendaci o di esibizione di atto falso o contenente dati non più rispondenti a verità, a norma dell'art. 76 del D.P.R. 445 del 28.12.2000, ai fini del riconoscimento della inabilità professionale temporanea, **dichiaro**

che la specifica attività svolta nel periodo oggetto della richiesta di proroga della tutela è la seguente (qualora svolga attività diversificata, studio/progettazione e/o consulenza/docenza e/o attività di cantiere, è necessario scegliere "Altro"; in questo caso nel campo "Dettaglio attività" va descritta l'attività, ad esempio: progettazione e direzione lavori):

- Studio/Progettazione Consulenza/docenza Attività di cantiere (Direzione lavori/ incarichi per la sicurezza /collaudi ecc.)
- Altro (specificare) _____

Dettaglio attività _____

che l'attività suindicata è svolta (qualora svolga l'attività presso più tipologie di luoghi, proprio studio e/o sedi di terzi e/o cantieri, è necessario scegliere "Altro"; in questo caso nel campo "Dettaglio attività" va descritta l'attività, ad esempio presso proprio studio e presso sedi di altri oppure presso sedi di altri e cantieri, ecc.):

- Presso studio proprio Presso sedi di terzi Presso cantiere o attività che richiede continui spostamenti per esecuzione tecniche
- Altro (specificare) _____

Dettaglio attività _____

Dichiaro altresì che l' Ing. Arch. _____

- ha **totalmente sospeso l'esercizio dell'attività** professionale per il periodo di inabilità temporanea.
- è tuttora titolare di partita IVA ed iscritto all'Albo Professionale.
- non è assoggettato ad altra forma di previdenza obbligatoria nei periodi di iscrizione ad Inarcassa.
- ha prodotto un reddito professionale presuntivo nell'anno precedente pari a euro _____,00 (dato non necessario se già presentata la dichiarazione annuale a Inarcassa).
 - assoggetterà i compensi provenienti dall'attività professionale all'imposta sostitutiva prevista da:
 - Art. 27 comma 1 D.L. 98/2011 – Regime Iva di vantaggio
 - Art. 1 comma 67 L. 190/2014 – Regime Iva dei contribuenti forfettari
 - Altro _____ (*)

(*) Inserire eventuali riferimenti normativi

(campo facoltativo) e **Chiedo l'esonero dall'applicazione della ritenuta di acconto sulla somma spettante all'Ing./Arch.**

Sono inoltre consapevole che, ai sensi dell'art. 22 comma 3 del Regolamento Generale Assistenza, l'indennità **non è cumulabile** con altre contestuali prestazioni previdenziali ed assistenziali erogate da Inarcassa, anche in convenzione, e a tal fine dichiaro, per conto dell'Ing. / Arch. _____

di aver presentato domanda di non aver presentato domanda
per la corresponsione della **diaria giornaliera ospedaliera**, prevista dal Piano Base della polizza sanitaria Inarcassa "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi".

di aver presentato domanda di non aver presentato domanda
per la corresponsione della **diaria giornaliera** da infortunio prevista dal Piano Base della polizza sanitaria Inarcassa "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi".

Solo se non ha presentato domanda per alcuna diaria prevista dal Piano Base della polizza sanitaria Inarcassa deve obbligatoriamente selezionare tutti i campi seguenti.

Delego in nome e per conto dell'Ing./Arch. Inarcassa a svolgere ogni attività necessaria alla gestione dell'eventuale spettanza delle indennità previste dal Piano Base della polizza sanitaria Inarcassa "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi», conferendole nell'ambito di tale contesto le facoltà di:

procedere al censimento della denuncia di sinistro (malattia/infortunio) per cui chiedo l'indennità temporanea assoluta;

raccogliere ed inviare la documentazione medica ricevuta alla Compagnia esclusivamente per le finalità connesse alla gestione delle indennità previste dalla polizza;

consultare lo stato di avanzamento e l'esito delle pratiche relative alle singole richieste di rimborso.

Sono consapevole che eventuali **variazioni** attinenti i requisiti di iscrizione dell'Ing./ Arch. ad Inarcassa (variazioni di partita IVA, Albo professionale, assoggettamento ad altra forma di previdenza obbligatoria) incidono sul diritto e/o sulla misura del trattamento e pertanto devono essere **tempestivamente** comunicate **prima della definizione dell'istanza** (*riportare eventuali modifiche dello status*).

Sono consapevole che Inarcassa, al fine di determinare l'importo dell'indennità per inabilità temporanea assoluta eventualmente spettante, può assumere dalla compagnia assicurativa le informazioni relative a prestazioni, erogate o da erogare, previste dal Piano Base della polizza sanitaria Inarcassa "Grandi Interventi Chirurgici e Gravi Eventi Morbosi".

Dichiaro di aver preso visione dell'allegata informativa privacy sul trattamento dei dati personali, con riferimento al trattamento dei dati personali per fini contrattuali, prendo atto che per le finalità del trattamento come illustrate nell'informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio e che Generali Italia tratterà gli stessi secondo quanto indicato nell'informativa per assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Autorizzo il trattamento delle categorie particolari di miei dati personali, tra cui quelli relativi alla salute, per le finalità del trattamento illustrate informativa privacy sub (i), (ii), (iii) e (iv), per quanto necessario all'erogazione dei servizi richiesti o in mio favore previsti.

Data / / _____

Firma del dichiarante _____



Informativa privacy e consenso al trattamento dei dati

Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi degli articoli 13 e 14 del Regolamento UE n. 679/2016 del 27 aprile 2016

Utilizzo dei dati a fini contrattuali

La informiamo che i suoi dati personali, da lei forniti o acquisiti da terzi(1) sono trattati da Generali Italia S.p.A. (di seguito anche la Compagnia), quale Titolare, nell'ambito dei servizi assicurativi richiesti o in suo favore previsti, inclusi i preventivi assicurativi che predisporremo a favore suo o di terzi da lei designati, (i) per la proposizione e conclusione del contratto assicurativo e dei servizi e/o prodotti connessi o accessori, e per eseguire i correlati adempimenti normativi (quali ad esempio quelli in materia di antiriciclaggio); (ii) per l'esecuzione dei contratti da lei stipulati, (iii) per, se del caso, prevenire, individuare e/o perseguire eventuali frodi assicurative(2); (iv) per comunicare i suoi dati personali a società che svolgono servizi in outsourcing per conto della Compagnia o per la esecuzione dei contratti in essere. La informiamo, inoltre, che il trattamento dei Suoi dati personali per le finalità di cui ai punti (i), (ii) e (iv) è necessario e funzionale all'erogazione dei servizi da parte della Compagnia e/o all'esecuzione dei contratti in essere e necessita del suo consenso esplicito, qualora non già espresso, solo per il trattamento delle categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento (tra cui in particolare i dati relativi alla salute); mentre per le finalità di cui alla lettera (iii) il trattamento dei Suoi dati si basa sul legittimo interesse della Compagnia a prevenire e individuare eventuali frodi assicurative e a porre in essere una corretta gestione. La informiamo quindi che per le finalità del trattamento come sopra illustrate sub (i), (ii), (iii) e (iv) il conferimento dei dati è obbligatorio ed il loro mancato, parziale o inesatto conferimento potrà avere, come conseguenza, l'impossibilità di svolgere le attività richieste e preclude alla Compagnia di assolvere gli adempimenti contrattuali come previsti dai contratti in essere.

Diritti dell'interessato

Lei potrà conoscere quali sono i suoi dati trattati presso la Compagnia e, ove ne ricorrano le condizioni, esercitare i diversi diritti relativi al loro utilizzo (diritto di accesso, rettifica, aggiornamento, integrazione, cancellazione, limitazione al trattamento, alla portabilità, alla revoca del consenso al trattamento e di ottenere una copia dei propri dati laddove questi siano conservati in paesi al di fuori dell'Unione Europea, nonché di ottenere indicazione del luogo nel quale tali dati vengono conservati o trasferiti) nonché opporsi per motivi legittimi ad un loro particolare trattamento e comunque al loro uso a fini commerciali, in tutto o in parte anche per quanto riguarda l'uso di modalità automatizzate rivolgendosi a: Generali Italia S.p.A., Via Marocchesa 14, 31021 Mogliano Veneto TV, privacy.it@generali.com o al Responsabile della Protezione dei Dati (RPD), contattabile via e-mail a "RPD.it@generali.com" e/o via posta ordinaria all'indirizzo "RPD Generali Italia - Mogliano Veneto, Via Marocchesa 14 31021.

La informiamo, inoltre, che, qualora ravvisi un trattamento dei Suoi dati non coerente con i consensi da Lei espressi può sporgere reclamo al Garante per la protezione dei dati personali, con le modalità indicate sul sito del Garante stesso.



Tempi di conservazione dei dati

I Suoi dati personali possono essere conservati per periodi di tempo diversi a seconda della finalità per la quale sono trattati dalla Compagnia, in conformità alla normativa privacy tempo per tempo applicabile, in particolare per le finalità contrattuali, per tutta la durata dei rapporti in essere e, in conformità alla normativa vigente per un periodo di 10 anni dal momento della cessazione dell'efficacia del contratto o, in caso di contestazioni, per il termine prescrizione previsto dalla normativa per la tutela dei diritti connessi, fatti salvi in ogni caso periodi di conservazione maggiori previsti da specifiche normative di settore.

Comunicazione dei Dati

I suoi dati non saranno diffusi e saranno trattati con idonee modalità e procedure anche informatizzate, da nostri dipendenti, collaboratori ed altri soggetti anche esterni, designati Responsabili e/o Incaricati del trattamento o, comunque, operanti quali Titolari, che sono coinvolti nella gestione dei rapporti con Lei in essere o che svolgono per nostro conto compiti di natura tecnica, organizzativa, operativa anche all'interno ed al di fuori della UE(3).

Trasferimento dei dati all'estero

I suoi dati potranno essere inoltre comunicati, ove necessario, a soggetti, privati o pubblici, connessi allo specifico rapporto assicurativo o al settore assicurativo e riassicurativo operanti in paesi situati nell'Unione Europea o al di fuori della stessa (4) alcuni dei quali potrebbero non fornire garanzie adeguate di protezione dei dati (un elenco completo dei Paesi che forniscono garanzie adeguate di protezione dei dati è disponibile nel sito web del Garante per la Protezione dei Dati Personali). In tali casi, il trasferimento dei Suoi dati verrà effettuato nel rispetto delle norme e degli accordi internazionali vigenti, nonché a fronte dell'adozione di misure adeguate (es. clausole contrattuali standard).

Modifiche e aggiornamenti dell'Informativa

Anche in considerazione di futuri cambiamenti che potranno intervenire sulla normativa privacy applicabile, la Compagnia potrà integrare e/o aggiornare, in tutto o in parte, la presente Informativa. Resta inteso che qualsiasi modifica, integrazione o aggiornamento Le sarà comunicato in conformità alla normativa vigente anche a mezzo di pubblicazione sul sito internet della Compagnia www.generali.it.



NOTE:

1. La Compagnia tratta le seguenti categorie di dati: dati anagrafici e identificativi, dati di contatto, dati di polizza, dati fiscali ed estremi di conto corrente bancario, altri dati personali forniti dall'interessato, categorie particolari di dati personali di cui all'articolo 9, paragrafo 1, del Regolamento, dati raccolti da fonti pubbliche (elenchi, registri, documenti pubblici conoscibili da chiunque), dati acquisiti da altri soggetti terzi (società del Gruppo Generali, contraenti, assicurati, aderenti a fondi previdenziali o assistenziali o sanitari, società di informazione commerciale e dei rischi finanziari, società esterne ai fini di ricerche di mercato). In aggiunta, anche su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, la Compagnia potrà effettuare trattamenti di dati relativi a condanne penali e reati.

2. A titolo esemplificativo formulazione delle raccomandazioni personalizzate e/o delle proposte di assicurazione coerenti con i suoi bisogni assicurativi, predisposizione di preventivi e successivi rinnovi, stipulazione di contratti di assicurazione vita, non vita o di previdenza complementare, raccolta dei premi, versamenti aggiuntivi, switch ed altre attività previste dal contratto, liquidazione di sinistri o altre prestazioni, riassicurazione, coassicurazione, esercizio e difesa di diritti dell'assicuratore, adempimento di specifici obblighi di legge o contrattuali, gestione e controllo interno, attività statistiche.

3. Trattasi di soggetti, facenti parte della "catena assicurativa" (es. agenti, subagenti, collaboratori di agenzia, produttori, mediatori di assicurazione, banche, istituti di credito, società di recupero crediti, società di intermediazione mobiliare, assicuratori, coassicuratori e riassicuratori, fondi pensione, attuari, avvocati e medici fiduciari, consulenti tecnici, periti, autofficine, società di assistenza stradale, centri di demolizione di autoveicoli, strutture sanitarie, società di liquidazione dei sinistri e dei contratti, e altri erogatori convenzionati di servizi, ecc.), società del Gruppo Generali, ed altre società che svolgono, quali outsourcer, servizi informatici, telematici, finanziari, amministrativi, di archiviazione, di gestione della corrispondenza, di revisione contabile e certificazione di bilancio, nonché società specializzate in ricerche di mercato e indagini sulla qualità dei servizi.

4. Contraenti, assicurati, aderenti a Fondi previdenziali o sanitari, pignoratari, vincolatari; assicuratori, coassicuratori, riassicuratori ed organismi associativi /consortili (ANIA, Mefop, Assoprevidenza) nei cui confronti la comunicazione dei dati è funzionale per fornire i servizi sopra indicati e per tutelare i diritti dell'industria assicurativa, organismi istituzionali ed enti pubblici a cui i dati devono essere comunicati per obbligo normativo.

c) Trattamento dati personali

Il sottoscritto dichiara di aver preso atto dell'informativa sotto riportata, nonché di averla portata a conoscenza dei propri familiari e conviventi eventualmente indicati nella domanda di prestazione e di aver ottenuto da ciascuno il consenso al trattamento dei propri dati personali per le finalità e con le modalità in essa indicate.

Luogo	Data	Cognome e nome del richiedente	Firma del dichiarante
-------	------	--------------------------------	-----------------------

Informativa Privacy ex Art. 13 del Regolamento UE 2016/679

La presente informativa è resa nel rispetto della normativa sulla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali di cui al Regolamento UE 2016/679 (di seguito indicato come "Regolamento") e Inarcassa – Cassa Nazionale di Previdenza ed Assistenza per gli Ingegneri ed Architetti Liberi Professionisti con sede legale in Via Salaria, 229, 00199 – Roma, in qualità di Titolare del trattamento dei dati, intende informarLa circa il trattamento dei Suoi dati.

1. DEFINIZIONI

Si riporta il significato di alcuni termini utilizzati nella presente Informativa al fine di agevolarne la comprensione:

- **Trattamento:** qualsiasi operazione o insieme di operazioni, compiute con o senza l'ausilio di processi automatizzati e applicate a dati personali o insiemi di dati personali, come la raccolta, la registrazione, l'organizzazione, la strutturazione, la conservazione, l'adattamento o la modifica, l'estrazione, la consultazione, l'uso, la comunicazione mediante trasmissione, diffusione o qualsiasi altra forma di messa a disposizione, il raffronto o l'interconnessione, la limitazione, la cancellazione o la distruzione.
- **Dati:** i Dati Personali, le Categorie Particolari di Dati Personali e i Dati Giudiziari;
- **Dati Personali:** qualsiasi informazione riguardante una persona fisica identificata o identificabile ("Interessato"); si considera identificabile la persona fisica che può essere identificata, direttamente o indirettamente, con particolare riferimento a un identificativo come il nome, un numero di identificazione, dati relativi all'ubicazione, un identificativo online o a uno o più elementi caratteristici della sua identità fisica, fisiologica, genetica, psichica, economica, culturale o sociale;
- **Categorie Particolari di Dati Personali:** i Dati Personali che rivelano l'origine razziale o etnica, le opinioni politiche, le convinzioni religiose o filosofiche, o l'appartenenza sindacale, nonché dati genetici, dati biometrici intesi a identificare in modo univoco una persona fisica, dati relativi alla salute o alla vita sessuale o all'orientamento sessuale della persona;
- **Dati Giudiziari:** sono i Dati Personali relativi alle condanne penali e ai reati o a connesse misure di sicurezza; questa tipologia di dati possono essere trattati da Inarcassa solo nei limiti e nei casi espressamente previsti dalla Autorizzazione Generale n. 7/2016 rilasciata dall'Autorità Garante nell'ambito del trattamento dei dati giudiziari;
- **Titolare:** Inarcassa che determina le finalità e i mezzi del trattamento dei Dati dell'Interessato.
- **Responsabile:** è la persona fisica o giuridica, l'autorità pubblica, il servizio o altro organismo che tratta Dati per conto del Titolare;
- **Interessato:** il soggetto a cui si riferiscono i Dati;
- **Data Protection Officer (DPO):** il soggetto designato dal Titolare quale responsabile della protezione dei dati;
- **Iscritto:** il soggetto interessato che ha un contratto di lavoro con Inarcassa.

2. TIPOLOGIA DI DATI TRATTATI

I Dati possono essere raccolti e trattati da Inarcassa per le finalità di seguito meglio dettagliate.

I Dati sono raccolti direttamente presso l'interessato al momento dell'avvio dello specifico rapporto obbligatorio disciplinato dalla normativa vigente, ovvero dell'avvio dell'iter finalizzato all'istruttoria della specifica prestazione richiesta.

A fini di adempimento di obblighi di legge o nell'espletamento delle proprie attività istituzionali previste ed autorizzate dalla normativa vigente, Inarcassa tratta altresì Dati dell'interessato acquisiti presso Pubbliche Amministrazioni e Banche dati pubbliche.

Inarcassa non tratta Dati che non siano strettamente necessari alle finalità sotto indicate.

>>

3. FINALITÀ DEL TRATTAMENTO

I Dati personali sono oggetto di trattamento manuale ed informatico per le seguenti finalità:

- gestione degli adempimenti istituzionali in materia previdenziale ed assistenziale in adempimento degli obblighi derivanti;
- da leggi e regolamenti nazionali;
- dallo Statuto e dai Regolamenti di Inarcassa, inclusi quelli relativi all'incasso, verifica e registrazione dei contributi versati, al recupero di contributi dovuti, formazione delle liste elettorali per la nomina dei Delegati di Inarcassa;
- adempimenti conseguenti a domande di prestazioni previdenziali od assistenziali degli interessati o dei loro aventi causa;
- adempimenti connessi al rapporto della Cassa con gli Associati, alla comunicazione delle iniziative verso gli iscritti e all'ampliamento dei servizi in favore degli iscritti.

4. CONFERIMENTO DEI DATI PERSONALI E BASE GIURIDICA

Il conferimento dei Dati Personali è obbligatorio in quanto risulta necessario per adempiere gli obblighi legislativi in materia di previdenza e assistenza.

5. MODALITÀ DI TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI

Il Trattamento avviene mediante strumenti informatici, telematici e manuali, con logiche strettamente correlate alle finalità stesse e, comunque, in modo da garantire la protezione, la riservatezza e la sicurezza dei Dati.

Attenzione: il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo protocollo@pec.inarcassa.org, per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211

6. PERIODO DI CONSERVAZIONE DEI DATI PERSONALI

I Dati sono conservati dal Titolare, anche per il tramite di soggetti terzi a cui sono stati comunicati ai sensi dei successivi paragrafi 7 e 8, per il tempo necessario per adempiere alle finalità di cui sopra.

7. EVENTUALE TRASFERIMENTO ALL'ESTERO DEI DATI PERSONALI

La gestione e la conservazione dei Dati avviene su archivi cartacei e su server del Titolare e/o di società terze nominate quali Responsabili del trattamento. I server sui quali sono archiviati i Dati di cui sopra sono ubicati in Italia e all'interno dell'Unione Europea. I Dati Personali non sono oggetto di trasferimento al di fuori dell'Unione Europea.

Resta in ogni caso inteso che il Titolare, ove si rendesse necessario, avrà facoltà di spostare l'ubicazione degli archivi e dei server in Italia e/o nell'Unione Europea e/o in Paesi extra-UE. In tal caso, il Titolare assicura sin d'ora che il trasferimento dei dati extra-UE avverrà in conformità alle disposizioni di legge applicabili stipulando, se necessario, accordi che garantiscano un livello di protezione adeguato e/o adottando le clausole contrattuali standard previste dalla Commissione Europea.

8. CATEGORIE DI SOGGETTI CUI POSSONO ESSERE COMUNICATI I DATI

All'interno di Inarcassa, i soggetti che possono venire a conoscenza dei Dati sono esclusivamente quelli che, in ragione dei propri incarichi e delle proprie mansioni, sono stati Autorizzati al trattamento ai sensi del Reg. UE 2016/679.

Per lo svolgimento di talune delle attività relative al trattamento dei Suoi Dati, e sempre per le finalità di cui al punto 3, Inarcassa potrà comunicare tali dati a società o enti esterni di fiducia, in qualità di autonomi "Titolari", salvo il caso in cui siano stati designati da Inarcassa quali "Responsabili" dei trattamenti di loro specifica competenza.

9. DIRITTI DELL'INTERESSATO

Ai sensi del Regolamento l'Interessato ha il diritto di accedere ai propri Dati, in particolare ottenere in qualunque momento la conferma dell'esistenza o meno degli stessi e di conoscerne il contenuto, l'origine, l'ubicazione geografica, nonché di chiederne copia.

L'Interessato ha altresì il diritto di verificarne l'esattezza o chiederne l'integrazione, l'aggiornamento, la rettifica, la limitazione del Trattamento, la cancellazione, la trasformazione in forma anonima o il blocco dei dati trattati in violazione di legge, nonché di opporsi in ogni caso al loro trattamento. Inoltre, l'Interessato ha il diritto di chiedere la portabilità dei dati e di proporre reclamo all'autorità di controllo.

10. MODALITÀ DI ESERCIZIO DEI DIRITTI

Per esercitare i diritti di cui al punto 9, l'Interessato potrà rivolgersi al Titolare o al DPO scrivendo a:

INARCASSA

Via Salaria 229

00199 Roma

ovvero inviando una email a dpo@inarcassa.it.

Il termine per la risposta all'Interessato è di trenta giorni, estendibile fino a due mesi in casi di particolare complessità; in questi casi, il Titolare fornisce almeno una comunicazione interlocutoria all'interessato entro il termine di trenta giorni.

L'esercizio dei diritti è, in linea di principio, gratuito; in caso di richieste manifestamente infondate o eccessive (anche ripetitive), il Titolare si riserva il diritto di addebitare un contributo spese ragionevole tenendo conto dei costi amministrativi sostenuti per fornire le informazioni o la comunicazione o intraprendere l'azione richiesta; oppure, in alternativa, di rifiutare di soddisfare la richiesta, anche alla luce delle indicazioni che dovessero essere fornite dal Garante Privacy.

11. RECLAMO AL GARANTE PRIVACY

L'Interessato ha la possibilità di proporre reclamo all'Autorità Garante Privacy, contattabile al sito web <http://www.garanteprivacy.it/>.

INARCASSA

Attenzione: il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo protocollo@pec.inarcassa.org, per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211

Spett.le
INARCASSA
 DIREZIONE ATTIVITÀ ISTITUZIONALI
 Ufficio Prestazioni Assistenziali
 Professionisti
 Via Salaria, 229 - 00199 Roma

CERTIFICATO MEDICO PER INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA
a valenza medico legale da redigere a cura di medico di Struttura Pubblica o medico ASL
 da allegare alla domanda di inabilità in caso di prima istanza o di continuazione del periodo di prognosi.

NOTA BENE. L'indennità è riconosciuta SOLO in caso di **impedimento totale e assoluto** a svolgere ogni compito e funzione dell'attività professionale per un **periodo superiore a 40 giorni**. Le casistiche rientranti in copertura sono pubblicate sul sito www.inarcassa.it, alla voce Assistenza/Indennità per inabilità temporanea – **Nota operativa n. 3/2016**.

PRIMA ISTANZA

CONTINUAZIONE

Io sottoscritt_ Dott.												
Codice Fiscale												
N. Iscrizione all'Ordine dei Medici-Chirurghi _____												
Con studio in (Via, Piazza)										n. civico		
Cap				Città				Prov.				
Telefono				cellulare				e-mail				

A seguito della visita effettuata in data ____ / ____ / ____

CERTIFICO che

L' Ing. <input type="checkbox"/> Arch. <input type="checkbox"/>												
Codice Fiscale/Tessera sanitaria												
Nat_ il a										Prov.		
Residente in (Via, Piazza)										n. civico		
Cap				Città				Prov.				

è affetto dalla seguente **malattia** (diagnosi clinicadettagliata)

insorta in data ____ / ____ / ____

Tipologia della malattia:

- NEOPLASTICA
- CARDIACA (ima, valvulopatia, etc.)
- VASCOLARE (aneurisma aorta)
- REUMATICA-IMMUNOLOGICA
- APPARATO RESPIRATORIO
- OSTEODEGENERATIVA (coxartrosi, etc.)
- NEURODEGENERATIVA (sclerosi multipla, etc.)
- SENSORIALE VISIVA (distacco retina, neurite ottica, etc.)

ALTRO _____

Attenzione: il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo protocollo@pec.inarcassa.org, per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211

DIAGNOSI DI INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA

Consapevole delle proprie responsabilità penali personali derivanti da false dichiarazioni di uno stato di malattia rese ai sensi di legge

CERTIFICO, IN BASE ALLA VISITA EFFETTUATA IN DATA: ____/____/____ CHE

il professionista, in relazione alla specifica attività dichiarata nel corso della visita e prevista nel modulo di domanda, è **temporaneamente e totalmente inabile** a svolgere la libera professione di ingegnere e/o architetto **per un periodo superiore a 40 giorni** in quanto versa nella condizione di incapacità assoluta e totale che **impedisce di fatto lo svolgimento temporaneo di ogni compito e funzione della propria attività professionale.**

Pertanto, **il periodo di inabilità** professionale temporanea **ASSOLUTA e TOTALE** decorre:

dal ____/____/____ fino a tutto il ____/____/____

**NUMERO GIORNI DI RICOVERO IN STRUTTURA
PUBBLICA** _____

CERTIFICAZIONE MEDICA DA ALLEGARE OBBLIGATORIAMENTE

(al momento della domanda o successivamente appena disponibile)

Al fine di procedere alla disamina dell'istanza è obbligatorio trasmettere **copia** della certificazione medica rilasciata da struttura pubblica o ospedaliera o presidio ASL da cui si evinca la natura dell'infortunio o della malattia con relativa prognosi.

- **referto di Pronto Soccorso** e/o relazione clinica di dimissione in caso di ricovero ospedaliero;
- referti di **controlli clinici e/o strumentali successivi** all'evento effettuati presso ambulatori specialistici, ospedalieri o di altra struttura di cura;
- ogni altro documento sanitario ritenuto utile.

Luogo _____

Data ____/____/____

In fede

Timbro e firma del medico

Attenzione: il modulo va compilato a lettere maiuscole in ogni sua parte, stampato e inviato alla Cassa via PEC all'indirizzo protocollo@pec.inarcassa.org, per posta all'indirizzo indicato in testa o via fax al n. 06. 85274211