

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

DOMANDA DI INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA

(Modello utilizzabile esclusivamente per la compilazione assistita da parte dei Patronati)

Il/la sottoscritt _____ Ing. Arch.
Matr.Inarcassa _____ Nato a _____
Residente in _____
C.F. _____
Cap _____ Città _____ Prov. _____
Tel./ cellulare _____
P.E.C. _____ E-mail _____

CHIEDO IL TRATTAMENTO DI INABILITÀ PROFESSIONALE TEMPORANEA ASSOLUTA

A seguito di **infortunio** **malattia**

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**.

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*), predisposto da **medico di Struttura Pubblica Ospedaliera o medico ASL** da cui risulta:

- la **causa e la data** di insorgenza della inabilità professionale temporanea;
- il **periodo presunto di inabilità** professionale temporanea direttamente ed esclusivamente conseguente all'infortunio 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 relativa all'evento, alla posizione lavorativa e assicurativa

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**:

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

Ai sensi dell'art. 24 del Regolamento Generale Assistenza dichiaro che la specifica attività professionale svolta nel periodo oggetto della tutela è la seguente:

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

Dichiaro altresì che l'attività suindicata è svolta:

- Presso studio proprio
 Presso sedi di terzi
 Presso cantiere o attività che richiede continui spostamenti per esecuzione tecniche

INFORTUNIO - **dichiaro** di avere subito l'infortunio in data ____ / ____ / ____ causato da:

- a) incidente stradale
- b) incidente domestico
- c) incidente sul lavoro
- d) viaggi aerei turistici o di trasferimento in qualità di passeggero
- e) partecipazione a competizioni sportive a carattere amatoriale
- f) guida natanti/imbarcazioni nel tempo libero o per uso inerente l'attività professionale di ingegnere o architetto
- g) guida macchine agricole per uso non inerente l'esercizio di impresa agricola
- h) caduta accidentale
- i) altro (specificare) _____

Descrizione dell'evento _____

MALATTIA - **dichiaro** di:

- essere affetto dalla seguente malattia _____
- dal ____ / ____ / ____ ;
- che l'evento infortunio / malattia **non è stato causato/a** da mio **comportamento doloso** né da stato di ubriachezza, abuso di psicofarmaci, stupefacenti o allucinogeni;
- che ho **totalmente sospeso l'esercizio dell'attività** professionale per il periodo di inabilità temporanea dal ____ / ____ / ____ al ____ / ____ / ____ .

Ai sensi di quanto previsto dal DPR n. 445 del 28/12/2000 e successive modifiche ed integrazioni, dichiaro inoltre sotto la mia personale responsabilità:

- che il reddito professionale presuntivo dell'anno precedente l'evento è di euro _____,00, **(dato non necessario se già presentata la dichiarazione annuale a Inarcassa)**;
- di essere tuttora titolare di partita IVA ed iscritto all'Albo Professionale;
- di non essere assoggettato ad altra forma di previdenza obbligatoria nei periodi di iscrizione ad Inarcassa.
- di assoggettare i compensi provenienti dalla mia 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) Chiedo l'esonero dall'applicazione della ritenuta di acconto sulla somma a me spettante.

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:

- 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".

Il sottoscritto dichiara di non aver potuto rispettare la scadenza per la presentazione della domanda di 90 (novanta) giorni dall'inizio dello stato di inabilità (come attestato nel certificato medico allegato mod. MU333) per i seguenti motivi: _____

Sono consapevole che eventuali **variazioni** attinenti i requisiti di iscrizione 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*):

Data ____ / ____ / ____ Firma del dichiarante _____

b) Modalità di pagamento

Comunico le coordinate bancarie per la corresponsione dell'inabilità in caso di riconoscimento della stessa:

Codice **IBAN** | _____
obbligatorio (27 caratteri)

Codice **BIC** (o SWIFT) _____ obbligatorio solo per **pagamenti internazionali**

data _____ Firma del dichiarante _____

È necessario allegare copia di un valido documento di identità

Patronato _____ Timbro _____

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

Patronato _____ Timbro _____

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 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

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

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 _____

ha subito la seguente lesione da **infortunio** (diagnosi clinica dettagliata)

verificatosi in data _____ / _____ / _____

Tipologia dell'infortunio:

- FRATTURA ARTO SUPERIORE DOMINANTE
- FRATTURA ARTO SUPERIORE NON DOMINANTE
- FRATTURA ARTO INFERIORE
- FRATTURA CINGOLO E COSTE
- FRATTURA COLONNAVERTEBRALE
- FRATTURA BACINO
- POLIFRATTURATIVO
- TRAUMA CRANICO
- LESIONI VISCERALI ENDOTORACICHE – ADDOMINALI
- ALTRA PATOLOGIA

La lesione/malattia ha interessato l'arto superiore dominante

- SI NO

Anamnesi patologica rilevante ai presenti fini:

Obiettività attuale (E.O. generale e/o locale) rilevante ai presenti fini:

DIAGNOSI CLINICA ATTUALE:

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